This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Acerca de este libro

Esta es una copia digital de un libro que, durante generaciones, se ha conservado en las estanterías de una biblioteca, hasta que Google ha decidido escanearlo como parte de un proyecto que pretende que sea posible descubrir en línea libros de todo el mundo.

Ha sobrevivido tantos años como para que los derechos de autor hayan expirado y el libro pase a ser de dominio público. El que un libro sea de dominio público significa que nunca ha estado protegido por derechos de autor, o bien que el período legal de estos derechos ya ha expirado. Es posible que una misma obra sea de dominio público en unos países y, sin embargo, no lo sea en otros. Los libros de dominio público son nuestras puertas hacia el pasado, suponen un patrimonio histórico, cultural y de conocimientos que, a menudo, resulta difícil de descubrir.

Todas las anotaciones, marcas y otras señales en los márgenes que estén presentes en el volumen original aparecerán también en este archivo como testimonio del largo viaje que el libro ha recorrido desde el editor hasta la biblioteca y, finalmente, hasta usted.

Normas de uso

Google se enorgullece de poder colaborar con distintas bibliotecas para digitalizar los materiales de dominio público a fin de hacerlos accesibles a todo el mundo. Los libros de dominio público son patrimonio de todos, nosotros somos sus humildes guardianes. No obstante, se trata de un trabajo caro. Por este motivo, y para poder ofrecer este recurso, hemos tomado medidas para evitar que se produzca un abuso por parte de terceros con fines comerciales, y hemos incluido restricciones técnicas sobre las solicitudes automatizadas.

Asimismo, le pedimos que:

+ *Haga un uso exclusivamente no comercial de estos archivos* Hemos diseñado la Búsqueda de libros de Google para el uso de particulares; como tal, le pedimos que utilice estos archivos con fines personales, y no comerciales.

+ *No envíe solicitudes automatizadas* Por favor, no envíe solicitudes automatizadas de ningún tipo al sistema de Google. Si está llevando a cabo una investigación sobre traducción automática, reconocimiento óptico de caracteres u otros campos para los que resulte útil disfrutar de acceso a una gran cantidad de texto, por favor, envíenos un mensaje. Fomentamos el uso de materiales de dominio público con estos propósitos y seguro que podremos ayudarle.

+ *Conserve la atribución* La filigrana de Google que verá en todos los archivos es fundamental para informar a los usuarios sobre este proyecto y ayudarles a encontrar materiales adicionales en la Búsqueda de libros de Google. Por favor, no la elimine.

+ *Manténgase siempre dentro de la legalidad* Sea cual sea el uso que haga de estos materiales, recuerde que es responsable de asegurarse de que todo lo que hace es legal. No dé por sentado que, por el hecho de que una obra se considere de dominio público para los usuarios de los Estados Unidos, lo será también para los usuarios de otros países. La legislación sobre derechos de autor varía de un país a otro, y no podemos facilitar información sobre si está permitido un uso específico de algún libro. Por favor, no suponga que la aparición de un libro en nuestro programa significa que se puede utilizar de igual manera en todo el mundo. La responsabilidad ante la infracción de los derechos de autor puede ser muy grave.

Acerca de la Búsqueda de libros de Google

El objetivo de Google consiste en organizar información procedente de todo el mundo y hacerla accesible y útil de forma universal. El programa de Búsqueda de libros de Google ayuda a los lectores a descubrir los libros de todo el mundo a la vez que ayuda a autores y editores a llegar a nuevas audiencias. Podrá realizar búsquedas en el texto completo de este libro en la web, en la página `http://books.google.com`

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
SAN FRANCISCO MEDICAL CENTER
LIBRARY

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

FUNDADA POR

DON FEDERICO RUBIO Y GALÍ

DIRECTOR

DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Dr. S. García Hurtado. Dr. R. Luis y Yagüe.

TOMO XVIII

(Números XXXVIII, XXXIX y XL, Agosto, Octubre, Diciembre.)

MADRID

DIRECCIÓN Y GERENCIA: INSTITUTO RUBIO, LA MONCLOA

1907

71
43

Gift of J. C. Cebrian

11.603. —Imprenta de Idamor Moreno, Tutor, 22. —Teléf. 2.042.

ÍNDICE DEL TOMO DÉCIMO-OCTAVO

Páginas.

El Dr. D. Manuel Castillo y Pérez, por el Dr. Gutiérrez..... 1
El cáncer del estómago. Conferencias dadas en el Instituto de Terapéutica Operatoria, por el Dr. Moreno Zancudo..... 8
Quiste hidatídico gaseoso del hígado, por el Dr. Madinaveitia. 19
Algunas consideraciones acerca del régimen de los eczematosos, por el Dr. A. Pardo Regidor 23
Los aprensivos, por D. Luis Ortega Morejón..... 35
El diagnóstico del cáncer de la vejiga urinaria. Conferencia celebrada el día 17 de Enero de 1907, por el Dr. L. González Bravo..... 47
Neuropatías específicas. Su grado de curabilidad (conclusión), por el Dr. D. José Salas y Vaca 55
La intervención quirúrgica y la ortopedia en las parálisis infantiles. Conferencia dada en 30 de Enero en el Hospital de la Princesa, por el Dr. D. José Blanc y Fortacín..... 87
La emanación del radio en las aguas minerales, por Arturo Pérez y Fábregas..... 96
Nota aclaratoria al procedimiento de Volhard, modificado por E. Salkowski, para dosificación de los cloruros de la orina, descrito por el Dr. Rudolf, por el Dr. Julio González Tomás..... 101
El estío. Estudio médico-higiénico-filosófico sobre dicha estación, por el Dr. D. Nicasio Mariscal 104
Una forma no frecuente de menstruación, por el Dr. Francisco Blasco 115
De las enfermedades constitucionales, por el Dr. D. Antonio Mut 118

Revista de especialidades..... 128

Ginecología, por el Dr. Gutiérrez 128
Laringología, por el Dr. A. G. Tapia 132
Neurología, por el Dr. E. Vilches..... 135
Osteo-artropatías y Cirugía ortopédica, por el Dr. José de Palacios y Olmedo. 139
Vías urinarias, por el Dr. Carlos Negrete..... 141

33707

Páginas.

VARIEDADES, por los Dres. Pablo Lozano y Eduardo Masip 152

El suero esterilizado de caballo en Cirugía..... 152
Reforma higiénica plausible..... 157
Aniversario..... 160
Advertencia..... 160

EL DR. D. EUSTASIO URUÑUELA É HIDALGO..... 161
DENTICIÓN DIFÍCIL Y SU TRATAMIENTO, por el Dr. D. Celestino Moliner 165
EL MYRIACHIT, por el Dr. Abdón Sánchez-Herrero..... 168
VERSIÓN POR MANIOBRAS INTERNAS, por el Dr. D. José Soriano ... 170
TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS HEREDITARIA EN LOS RECIÉN NACIDOS, por el Dr. D. Sixto Martín..... 176
SECCIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA EN LOS NIÑOS, por el doctor D. Jesús Sarabia y Pardo 180
FUNDAMENTOS DE LA ETERTERAPIA, por el Dr. Camilo Calleja.... 188
DETERMINACIÓN DE LAS MANCHAS DE SANGRE VISIBLES Ó INVISIBLES SOBRE LAS ARMAS, por el profesor A. Florence. Traducción, con una nota, por A. Lecha-Marzo 189
TIEMPO REFLEJO Y TIEMPO CONSCIENTE. Comunicación presentada al Internacionaal Congres voor Psychiatrie, Neurologie, Psychologie, en Krankzinnigenverpleging (Amsterdam, September 1907), por Roberto Nóvoa..... 202
EL ESQUEMA DEL PROFESOR GRASSET Y LOS FENÓMENOS DEL PSIQUISMO CONTEMPORÁNEO, por el Dr. D. Antonio Gota..... 220
EL ICTIOL EN LA BLENORRAGIA DEL HOMBRE, por Hipólito Guiu y Gutiérrez 232

REVISTA DE ESPECIALIDADES..... 241

Anestesia, por el Dr. Fermín Martínez Suárez 241
Cirugía del aparato digestivo, por el Dr. R. Luis y Yagüe..... 247
Estomatología, por el Dr. Landete 257
Ginecología, por el Dr. Gutiérrez..... 260
Laringología, por el Dr. A. G. Tapia 263
Neurología y Electroterapia, por el Dr. Enrique Vilches 267
Osteo-artropatías y Cirugía ortopédica, por el Dr. José de Palacios y Olmedo. 274
Proctología, por el Dr. F. Martínez Suárez..... 277
Vías urinarias, por el Dr. Negrete 279

BIBLIOGRAFÍA, por los Dres. López Campello y R. L. y Yagüe..... 283

La dieta hídrica y'ls evacuants en lo tractament de les toxi-infeccions gastro-intestinals agudes..... 283
Observaciones sobre clínica infantil..... 285
Curación de la tuberculosis sin medicamentos 285
La avariosis como enfermedad social..... 286
Nuevos estudios sobre la corteza del cerebro 287
Importancia de la respiración nasal bajo el punto de vista higiénico 288

Páginas.

VARIEDADES, por los Dres. Masip, Antonio Mut y S. G. Hurtado .. 299

Apunte clínico helioterápico 299
Génesis de la idea de lo bello en Medicina 301
Anestesia eléctrica 308
Nuevo director 320

DE CÓMO LOS COMPROMISOS Y ROTURAS Ó PERFORACIONES INTESTINALES PUEDEN RESOLVERSE POR EL OMBLIGO, por el Dr. Arnal, 321
IMPRESIONES CLÍNICAS, por A. Martínez Ángel 324
LOS EFLUVIOS Y CHISPAS DE ALTA FRECUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MALIGNOS, por el Dr. J. A. Rivière 337
RESUMEN PRÁCTICO DE ELECTROTERAPIA. Guía clínica de los diversos procedimientos de aplicación de la electricidad, por el Dr. E. Vilches 341
CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS LAPAROTOMÍAS EN LAS INFECCIONES GRAVES DEL PUERPERIO. Historia clínica de una laparotomía puerperal evacuatriz con exéresis de los anejos derechos del útero. Curación. Consideraciones generales, por el doctor D. Juan Martín Aguilar 351
PIELONEFRITIS Y PIONEFROSIS, CON ALGUNAS NOTAS RELATIVAS AL EMPLEO DE LOS MODERNOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL DE LOS RIÑONES, por el Dr. Carlos Negrete. 363
EL MECANISMO DEL DOLOR ABDOMINAL, por el Dr. R. Martín Gil. 385
UN PLAN PARA EL ESTUDIO DEL HOMBRE, por Arthur Mac-Donald Washington, D. C. 387
CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS MASTOIDITIS NO PRECEDIDAS DE OTITIS SUPURADA, por el Dr. A. G. Tapia 399

REVISTA DE ESPECIALIDADES 405

Cirugía del aparato digestivo, por el Dr. R. Luis y Yagüe 405
Estomatología, por el Dr. Landete 408
Ginecología, por el Dr. Gutiérrez 411
Neurología y Psiquiatría, por el Dr. E. Vilches 415
Ósteo-artropatías y Cirugía ortopédica, por los Dres. José de Palacios y Olmedo y S. García Hurtado 420
Oto-rino-laringología, por el Dr. J. Morales Lahoz 429
Vías urinarias, por el Dr. González Bravo 431

BIBLIOGRAFÍA, por los Dres. González Bravo, López Campello y S. García Hurtado 434

Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las vías urinarias 434
La anquilostomiasis considerada como un nuevo caso de accidente del trabajo 435
Le langage musical et ses troubles hystériques 437
Tabaco.—Tabacomanía.—Tabaquismo 440
Juicio crítico de los remedios con prescripciones y fórmulas selectas 440
Nociones clínicas de las aguas minerales 441

Páginas.

Higiene de los huesos y de las articulaciones del niño. 441
Diagnóstico de las enfermedades internas fundado en los actuales métodos de exploración. 442
Manual de Química clínica 443
Vocabulario de Medicina doméstica ó Terapéutica popular al alcance de todos 443
Los medicamentos hipnóticos y la medicación hipnótica. 444

VARIEDADES, por los Dres. Carmelo Gil, Antonio Mut y Eduardo Masip 445

Aviso importante. 445
De qué manera se debe enseñar y se debe aprender la Obstetricia 445
Génesis de la idea de lo bello en Medicina (conclusión). 450
Influencia de la luz solar en los seres vivos 476

EL DOCTOR

Don Manuel Castillo y Pérez

El Director del Instituto Rubio ha muerto.

Ayudante del inolvidable maestro D. Federico, antes de que éste fundara en el Hospital de la Princesa el Instituto de Terapéutica Operatoria, su nombre va estrechamente unido á la vida de este Centro benéfico y docente desde el día 1.° de Octubre de 1880, fecha de su inauguración, hasta el aciago en que le sorprendió la muerte rigiendo los destinos del mismo.

Ingresó en el Instituto en calidad de Profesor-ayudante, pasando luego á ser Jefe del Dispensario general de Cirugía, hasta llegar á la Dirección por el voto de sus compañeros, cuando ésta quedó vacante por la renuncia del doctor D. Antonio Martínez Angel.

De corazón bondadoso y noble, el doctor Castillo nunca pudo tener enemigos; sobrábanle en cambio los amigos, por su carácter franco y jovial, á veces en demasía y con perjuicio de sus intereses particulares y profesionales. Esta nota, de que nunca supo desprenderse, fué sin duda producto del ambiente meridional que conservó desde la cuna al sepulcro. Quizá por ella no alcanzó en la profesión el renombre que le estaba reservado, si hubiese querido apro-

vechar sus aptitudes y las favorables condiciones en que se halló durante tantos años al lado del eximio maestro de todos.

Como profesor, dió siempre ejemplo por su asidua asistencia al hospital, por su interés por los enfermos y por la enseñanza, siendo sus conferencias y sus notas clínicas reflejo fiel de la claridad de su talento y de sus excelentes condiciones pedagógicas. Pero el doctor Castillo fué modesto toda la vida hasta para comunicar á los demás lo que sabía; pues su ilustración no se limitaba á las Ciencias Médicas, sino que abarcaba otros muchos conocimientos, hasta los más áridos, que exponía con sencillez y comentaba con acertados juicios.

El, que nunca entendió para sí de economía doméstica, fué un excelente administrador del Instituto durante su breve dirección.

Amigo cariñoso durante muchos años, deja un gran vacío en el corazón de sus compañeros del Instituto que él amó tánto.

El doctor Castillo ha muerto: su recuerdo vivirá entre nosotros.

DR. GUTIÉRREZ

UNIV. OF CALIFORNIA

DON MANUEL CASTILLO Y PÉREZ

Nació el 1.º de Enero de 1851. Murió el 13 de Julio de 1907.

UNIV. OF
CALIFORNIA

REVISTA IBERO-AMERICANA
DE
CIENCIAS MÉDICAS

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

NOTAS CLÍNICAS

EL CÁNCER DEL ESTÓMAGO

CONFERENCIAS DADAS EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

POR EL DR. MORENO ZANCUDO

TERCERA CONFERENCIA

Señores: En la conferencia anterior estudiamos los síntomas del carcinoma gástrico, que dependen esencialmente del órgano en que está implantada la neoplasia. En la de hoy trataremos de otros síntomas de importancia secundaria, puesto que no pueden considerarse como privativos del cáncer del estómago, toda vez que acompañan á los procesos de este carácter, cualquiera que sea el sitio en que radiquen.

Figura en primer término el descenso en la cantidad de urea, que aparece de una manera constante, hasta el punto de haber sido considerada por Rommelaire como síntoma patognomónico de las neoplasias del ventrículo abdominal. Tal aseveración resulta confirmada por otros muchos observadores; pero, en realidad, este síntoma tiene escaso valor clínico, toda vez que aparece en todas las lesiones de carácter destructivo, cualquiera que sea su naturaleza, siendo más bien expresión del descenso nutritivo del organismo por la profunda discrasia que todos estos procesos provocan en la economía. De aquí que se observe esta disminución de urea en la orina de los cirróticos hepáticos, en la enfermedad de Banti, en los procesos necróticos del páncreas y en otras muchas enfermedades que nada tienen de cancerosas.

Análogas consideraciones pueden hacerse respecto al hecho señalado por Müller y Klemperer, que han encontrado en la orina de

los cancerosos de estómago un aumento en la excreción de albúmina, independiente en muchos casos de la ingestión de alimentos, lo que supone evidentemente una destrucción de los elementos albuminoídeos de los tejidos, explicándose así que ni aun con alimentaciones abundantes y apropiadas pueda obtenerse la tara normal del nitrógeno.

El estado *anémico* que acompaña á los procesos cancerosos ha sido objeto de prolijos estudios y observaciones experimentales de parte de infinidad de autores, especialmente de Henry, que resumió sus investigaciones en un trabajo publicado el año de 1898 en los *Archiv für Verdauungs-Krankheiten*. De las observaciones de este autor se deduce que el descenso en el número de glóbulos rojos de la sangre en el cáncer del estómago es mucho menos acentuado que en la anemia perniciosa, enfermedad con la cual puede fácilmente confundirse el cáncer latente del estómago. En efecto: mientras en este último el descenso de glóbulos rojos nunca traspasa la cifra de millón y medio por milímetro cúbico de sangre, en la anemia perniciosa el hecho constante es su disminución hasta un número inferior á un millón de glóbulos por milímetro cúbico. Fundándose en estas observaciones, pudo Henry establecer el diagnóstico de cáncer del estómago en un caso muy dudoso que le fué remitido por el profesor Keen. La circunstancia de haber encontrado en el enfermo tres millones novecientos cincuenta mil glóbulos rojos por milímetro cúbico, es decir, un 79 por 100 de la cifra normal, y alcanzar la de hemoglobina un 70 por 100, fueron los elementos que le bastaron para establecer el diagnóstico. En igual sentido se expresa Stengel en un trabajo publicado en la *Therapeutique Gazzette* acerca de la naturaleza, diagnóstico y tratamiento de la anemia perniciosa. Según este autor, la cifra media de glóbulos rojos que existe en la sangre de los cancerosos se eleva á dos millones ochocientos noventa mil.

La anemia que acompaña á los procesos cancerosos del estómago reconoce por causa cuatro motivos distintos: las hemorragias que con tanta frecuencia los acompañan; la exigua alimentación que los enfermos toman, por la anorexia que casi siempre acompaña al cáncer gástrico; la mala elaboración y asimilación de los alimentos; y por último, el paso á la sangre de las materias tóxicas que se producen en las neoplasias malignas y destruyen los elementos protoplasmáticos de la sangre.

El descenso de la cantidad de hemoglobina es tan variable, que mientras en algunos casos llega á una cifra inferior á 50 por 100, en otros se mantiene en un 80, aun en los últimos períodos de la enfermedad. Otro tanto puede decirse de la falta de la leucocitosis digestiva señalada por Schneyer, hecho refutado por infinitos observa-

dores, que han encontrado dicha falta en enfermedades benignas del estómago, y su existencia en no pocos casos de cáncer del referido órgano.

Tampoco puede atribuirse verdadero valor clínico á la disminución del peso específico de la sangre. Con este síntoma ocurre lo mismo que con la cantidad de hemoglobina, es decir, que pueda faltar en casos evidentes de cáncer, y presentarse en otras enfermedades que ni remotamente tienen relación alguna con él.

Mis observaciones personales respecto del análisis de ambos productos (orina y sangre) me permiten asegurar que absolutamente tienen nada de característico ni patognomónico. Lo mismo el descenso de urea en la orina que el de la hemoglobina y glóbulos rojos en la sangre, son fenómenos frecuentes en las neoplasias malignas del ventrículo abdominal; pero como aparecen también en otras muchas enfermedades, su valor clínico no es otro que el de un auxiliar que no tiene importancia más que en casos en los que el cortejo sindrómico es sobradamente explícito para establecer el diagnóstico. La única excepción que puede hacerse es respecto al diagnóstico diferencial entre la anemia perniciosa y el cáncer latente. No hace mucho he tenido ocasión de hacer un diagnóstico de anemia perniciosa, fundándome en los datos suministrados por el análisis de la sangre (un millón cuarenta mil glóbulos rojos por milímetro cúbico) en una señora que me fué remitida como cancerosa del estómago.

Cito este caso, análogo al de Henry que expuse más arriba, para inculcar en vuestro ánimo la necesidad y el deber de recurrir á todos los métodos de investigación clínica, siquiera á muchos de ellos no pueda concedérseles una importancia decisiva.

Los *infartos ganglionares* son siempre un síntoma tardío de la infección cancerosa; y aunque las observaciones de Tarchetti concedan gran importancia diagnóstica á los infartos supra-claviculares, todos habréis tenido ocasión de observar en la clínica multitud de casos en que aparece dicho fenómeno en enfermos tuberculosos, y su ausencia en casos de cánceres característicos y comprobados.

Otro tanto puede decirse de los *edemas*. Como síntoma precoz, puede asegurarse que falta del 80 al 90 por 100 de los casos; y aun cuando esta cifra desciende considerablemente en los cánceres avanzados, en tales circunstancias existen síntomas de bastante más valor clínico que el que los edemas pueden suministrarnos, sobre todo si se tiene en cuenta el gran número de enfermedades capaces de provocar los edemas maleolares y de la cara.

Es la *fiebre* fenómeno frecuente, aunque no constante, en los enfermos cancerosos, y sea debida á un trabajo inflamatorio peri-neoplásico ó á un estado toxémico, afecta generalmente un tipo intermi-

tente (lo que ha hecho muchas veces confundirla con afecciones palúdicas y con la fiebre de Malta).

La cifra térmica rara vez se eleva por cima de 39°, y su duración alcanza desde las primeras horas de la tarde hasta las primeras de la mañana del día siguiente. Su presencia es siempre motivo suficiente para asegurar una gravedad pronóstica considerable.

Es la *caquexia* frecuente en el cáncer avanzado, y rara en los primeros períodos. Su aparición es debida á la profunda discrasia de la sangre, y en manera alguna á ningún producto específico capaz de alterar el medio interno. De aquí que rara vez pueda servirnos de guía en los casos de fecha reciente, y que al aparecer existan ya otros de más valor clínico.

Más importancia puede concederse seguramente á la *pérdida de peso* que de una manera constante sufre el enfermo canceroso. En algunos casos obsérvase no ya una detención en dicho descenso, sino hasta un aumento más ó menos considerable en el peso del enfermo, que generalmente coincide con una mejoría del estado local y de los síntomas generales que acompañan á la neoplasia. No me cansaré de encareceros la conveniencia de no dejaros seducir por estas mejorías aparentes. Su duración suele ser efímera, y el enfermo al cabo de poco tiempo vuelve al estado de gravedad anterior, que se aumenta de una manera progresiva. He empleado la palabra efímera porque es lo más frecuente en estos enfermos que el alivio dure muy poco tiempo; pero algunas veces se prolonga la mejoría durante un lapso de tiempo tan largo que puede engañar al clínico más experimentado. Como ejemplo de esto, bien merece citarse el caso del barón de A..., que estaba asistido por el distinguido gastrópata Sr. Madinaveitia, quien llamó en consulta al Dr. Mariani y á mí. La presencia de una tumorosidad en el fondo mayor del estómago, la anorexia rebelde, la profunda caquexia, algunos infartos ganglionares, la fiebre y algún otro síntoma de menor importancia fueron motivo bastante para que todos conviniéramos en que se trataba de una neoplasia del estómago, cuya funesta terminación no podía hacerse esperar. La circunstancia de haberse ausentado de Madrid el Dr. Madinaveitia hizo que, á instancias de éste y de la familia del enfermo, me encargara de su asistencia. Sin otro tratamiento que pequeñas dosis de condurango y el nural, el enfermo mejoró de una manera tan marcada que á todos nos hizo dudar de la exactitud del diagnóstico que habíamos formulado. La mejoría se prolongó por espacio de más de un año, sucumbiendo por fin el enfermo, víctima de la neoplasia. Aunque no de mejorías tan largas, pudiera citaros muchos casos en los que el enfermo ha encontrado un alivio muy ostensible, que se ha prolongado durante cuatro ó seis meses; pero no parece sino que la neoplasia, queriendo

resarcirse de esta tregua, al reaparecer su influencia devastadora, lo hace con tal violencia que el término fatal se precipita de una manera tan rápida como inaccesible á todos los medios de tratamiento.

Comprendéis, señores, por la enumeración de síntomas que acabamos de hacer, la imposibilidad de establecer dato alguno fijo que permita estatuir un diagnóstico precoz del carcinoma del estómago. A pesar de los indiscutibles progresos en el diagnóstico de las enfermedades gástricas, es lo cierto que en la mayoría de los casos se hace muy difícil diagnosticar la existencia de un tumor, cuando la intervención quirúrgica sería más oportuna, es decir, cuando no existieran infecciones ganglionares capaces de provocar una rápida reaparición de la neoplasia.

A las dificultades que ofrece el diagnóstico antes de la aparición del tumor, agréganse otras de carácter que pudiéramos llamar social, y que tienen una influencia decisiva. Tales son las de que el enfermo rara vez recurre al médico en los períodos iniciales del cáncer, y de que, aunque lo haga, como las molestias que entonces sufre son relativamente insignificantes, es inútil aconsejarle una intervención quirúrgica. Los enfermos se niegan terminantemente á ella. De aquí que el consejo dado por Czerny, Rindfleisch, Kraske y Cervera de que los cánceres del píloro sean operados antes de que el tumor sea palpable, constituya un precepto muy lógico y digno de ser atendido, pero que rarísima vez pueda ser llevado á la práctica. A pesar de la recomendación de Penzoldt de que cuando en un sujeto cuya edad exceda de más de cuarenta años aparezcan trastornos gástricos no podemos estar tranquilos hasta no saber de una manera positiva si se trata ó no de un carcinoma del estómago, la resolución de problema tan importante se hace casi siempre en época tardía y poco oportuna para la intervención quirúrgica.

El reconocimiento de nuestra impotencia no quiere decir en manera alguna que, entregándonos en brazos del más negro pesimismo, dejemos estos enfermos abandonados á su triste suerte. Antes al contrario, las sospechas de que se pueda tratar de un enfermo canceroso nos obligan á examinar cuidadosa y repetidamente el contetenido gástrico y las heces fecales; á estudiar la función motriz del estómago, tan gravemente perturbada desde los comienzos de las lesiones neoplásicas; á investigar si existen ó no pequeñas cantidades de sangre y pus en el jugo gástrico ó en las deyecciones, y seguramente que en algunos casos la aparición de estos síntomas, unida á otros de carácter menos decisivo, podrán servirnos para establecer un diagnóstico de cáncer del estómago en un período en que todavía disponemos de recursos que pueden ser de utilidad para el enfermo. De todos modos, siguiendo esta práctica habremos cum-

plido un deber que de consuno nos imponen los intereses de la Ciencia y de la Humanidad.

Hemos estudiado hasta aquí la sintomatología de las formas clínicas regulares del cáncer gástrico, y habéis podido deducir que si la concurrencia de los síntomas más capitales produce un cuadro sindrómico bastante característico, no existe en realidad ningún síntoma patognomónico ni decisivo de la referida neoplasia. Conceptúo ocioso decir que en las formas atípicas de dicho carcinoma, en las que faltan alguno ó algunos de los síntomas capitales del mismo, las dificultades diagnósticas aumentan de una manera considerable. Semejantes formas no constituyen, por otra parte, una rareza de la clínica, y cuantos asisten á mi servicio en este hospital han podido observarlos con frecuencia. Destácase ante todo la falta de *tumor palpable* que sobre todo en edades avanzadas de la vida alcanza un tanto por ciento muy elevado (el 15, próximamente). Semejantes variedades están constituídas por los cánceres de consistencia blanda y los situados en la pared posterior del estómago, sobre todo si adoptan la forma plana en vez de la globular.

A la falta de tumor sigue en importancia la carencia de las alteraciones típicas del contenido del jugo gástrico. Al ocuparme de este asunto ya os dije que en los tumores circunscritos podía conservarse la acidez clorhídrica del jugo gástrico hasta un período bastante avanzado de la enfermedad, y que en la mayoría de estos casos la presencia del ácido láctico y, por consiguiente, del bacillus filiforme de Schlesinger y Kaufmann suele ser nula ó insignificante. Otro tanto ocurre con la insuficiencia motriz, que es quizás el síntoma más característico de las neoplasias malignas del estómago. Hace ya mucho tiempo publiqué el caso de un enfermo en quien se comprobó más tarde la existencia de un cáncer de la curvadura menor del estómago, y en el que á los tres cuartos de hora de haber tomado la comida de prueba de Ewald el estómago estaba completamente vacío, siéndome preciso repetir al día siguiente la extracción á los treinta minutos, pudiendo entonces recoger 80 centímetros cúbicos de un jugo gástrico completamente anácido.

El cáncer latente no deja de observarse con alguna frecuencia, siendo posible su confusión con muchas enfermedades, especialmente la anemia perniciosa y el tifus de curso lento.

A estas anomalías pueden agregarse otras de menor importancia, cuales son la aparición del cáncer en edades precoces de la vida, de las cuales he tenido ocasión de observar cuatro casos, siendo el más notable uno que recaía en un muchacho de veinte años, y en el que á esta rareza se unía el del curso rapidísimo de la enfermedad, que sólo duró seis meses. El diagnóstico tuvo exacta confirmación en la autopsia. La falta de infartos ganglionares y de edemas

es bastante frecuente; pero como ya os he manifestado que ni los unos ni los otros tienen gran valor clínico, su ausencia tampoco es de marcado interés.

El *curso* del carcinoma gástrico es muy variable: su duración puede generalmente calcularse en dos años; pero así como hay algunos de marcha tan rápida en que su duración se limita á cinco semanas (caso citado por Schweppe), en otros se prolonga más de cuatro años, como acontece en un enfermo que trato en la actualidad. La duración de la dolencia depende de múltiples circunstancias, entre las cuales merece citarse como más principales: el asiento anatómico del tumor, la aparición é importancia de las complicaciones y la resistencia orgánica del enfermo. Cuanto á la primera, los tumores implantados en el píloro son los que más rápidamente conducen á un término fatal; y se explica perfectamente que las cosas ocurran así, toda vez que el obstáculo mecánico que estos tumores oponen á la progresión de los alimentos son motivo sobrado para que decaigan rápidamente las fuerzas de los enfermos y las dilataciones gástricas sigan un curso tan prematuro como breve. Los carcinomas de las curvaduras siguen un curso mucho más lento, contribuyendo á esto de una parte el que, siendo menos activa la función fisiológica en estas regiones, la proliferación epitelial es menos activa también, y de otra en que, no habiendo obstáculos al paso de los alimentos al intestino, la nutrición de los enfermos se efectúa con mayor normalidad.

Respecto de las complicaciones, merecen citarse en primer término la aparición de metástasis en otros órganos, como el hígado, peritoneo, pulmones, etc., y de aquí la producción de las pleuresías y pleuro-pneumonías, tan frecuentes en los cancerosos de estómago; las de peritonitis, que adquieren en ocasiones intensidad mortal, y las de los cánceres secundarios del hígado. Algunas veces las hemorragias profusas y las perforaciones del órgano terminan rápidamente la vida de los enfermos. Otras veces las infecciones sépticas, especialmente las de la pleura, conducen al mismo resultado; y por último, la fiebre contribuye en no pocos casos á quebrantar tanto las fuerzas del enfermo, que basta por sí sola para producir la muerte.

Cuanto á las resistencias orgánicas del paciente, éstas duran, á la verdad, bien poco en todos los de cáncer gástrico; mas de cualquier manera, en algunos, y en virtud de mecanismos que nos son todavía desconocidos, se observa que las defensas orgánicas subsisten durante largo tiempo, y en que las formaciones metastáticas, el marasmo, la caquexia, etc., aparecen más tardíamente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Si hubiera datos clínicos seguros que nos permitieran conocer de una manera cierta la existencia de los cánceres del estómago, el problema de establecer un diagnóstico diferencial sería sencillísimo. Pero, desgraciadamente, no es así. Y sobre todo, en las formas atípicas de que os he hablado hace un momento las dificultades se acumulan de tal manera, que hacen imposible la afirmación de si existe ó no un cáncer del ventrículo abdominal. Cuando falta el tumor es posible la confusión con la anemia perniciosa progresiva, las tuberculosis pulmonares, las gastritis crónicas y algunas neurosis del estómago. Cuanto á la primera, es decir, la anemia progresiva, ya he dejado consignado que el análisis de la sangre suministra datos de gran valor clínico. Respecto de la segunda, y prescindiendo de los numerosos casos en que el cáncer se acompaña de una tuberculosis pulmonar, porque entonces no cabe diferenciación alguna, la observación repetida del enfermo, y principalmente el análisis de los esputos, constituyen elementos importantes para esclarecer el diagnóstico.

La historia de las gastritis crónicas constituye el mejor elemento de diagnóstico diferencial. Casi siempre de marcha lenta, de evolución progresiva, pero con remisiones más ó menos prolongadas, de extinción de acideces clorhídricas y pérdidas de peso muy tardías, contrastan con la rapidez evolutiva del carcinoma, con la prontitud con que este último conduce á los pacientes á la inedia y al marasmo, y la rapidez con que provoca la desaparición del ácido clorhídrico, la pepsina y el fermento coagulante, y su brusca aparición en un estado aparentemente hígido del enfermo. Algunos síntomas de valor secundario, como los edemas fugaces y los infartos ganglionares, pueden en muchos casos contribuir á estatuir un diagnóstico exacto. Además, cuando los enfermos de gastritis crónica se someten á un tratamiento bien dirigido, mejoran de una manera bastante marcada, sosteniéndose y aumentándose esta mejoría de un modo ostensible. En el canceroso del estómago, por el contrario, cualquiera que sea el remedio farmacológico que empleéis, no obtendréis nunca más que mejorías fugaces, sin que podáis evitar la marcha progresiva de la enfermedad á una fatal terminación. De suerte que si las dudas son posibles en los comienzos de la observación del enfermo, desaparecen al cabo de cierto tiempo de estar sometidos á los cuidados del médico.

Algunas formas graves de *neurastenia gástrica* pueden inducir á error al clínico más experimentado. La inapetencia, los trastornos graves que siguen á la ingestión de alimentos, el marasmo y las

alteraciones en la composición del jugo gástrico, son motivos bastantes para provocar un error de verdadera trascendencia, tanto para el enfermo como para el médico. Nunca me cansaré de recordaros la necesidad de recoger en tales casos todos los datos anamnésicos con la mayor prolijidad posible. Encontraréis á menudo en ellos referencias de enfermedades nerviosas anterioriores, de trastornos psico-fisiológicos hereditarios y largas historias de padecimientos físicos y morales, que servirán para poneros en guardia y haceros observar detenidamente al enfermo antes de pronunciar un fallo definitivo. Es indispensable en estos enfermos repetir con frecuencia el análisis del contenido del jugo gástrico, y en los afectados de estas dispepsias nerviosas podréis recoger más de un caso de las heteroquilias, de las que ya me he ocupado en otra ocasión (1). Por otra parte, la duración de la enfermedad y la falta de alteración en las funciones motrices pueden constituir una guía bastante segura en la resolución del problema que ofrecen tales enfermos.

En la mayoría de los casos no suele ofrecer grandes dificultades el diagnóstico diferencial entre la úlcera péptica y el cáncer del estómago. Sabéis perfectamente que la primera se presenta de preferencia en las edades juveniles, que la anorexia es en ellas rarísima, que los dolores están circunscritos al centro epigástrico en el vientre, y en la espalda de la segunda ó tercera vértebra dorsal á la primera lumbar; estos dolores proceden generalmente por crisis que, al desaparecer, dejan al enfermo en un estado aparentemente hígido, crisis que unas veces se mitigan momentáneamente por la ingestión de ciertas clases de alimentos (sobre todo la leche), y otras, y esto es lo más frecuente, se exasperan al ingerir los mismos. Por otra parte, la lengua suele no presentar alteración alguna en los enfermos ulcerosos, al paso que en el cáncer está casi siempre cubierta de una capa saburral espesa, y las hemorragias que en la úlcera se presentan suelen ser generalmente profusas y de recidivas poco frecuentes y tardías. En el canceroso, por el contrario, son raros los casos antes de los cuarenta años de la vida; el dolor no afecta la forma paroxística, sino que es continuo, sin que se observen los períodos de calma, que son tan frecuentes en los ulcerosos; la ingestión de los alimentos produce en los enfermos de cáncer sensación de peso y molestia, pero no de verdadero dolor; las hemorragias son en estos casos pequeñas y continuas, y la anorexia afecta la rebeldía de que ya os he hablado y que conocéis perfectamente. La prueba de Salomon puede seros ciertamente útil en estos casos. Ya os dije en mi conferencia anterior que, según mis observaciones personales y las de otros muchos investigadores, no puede concedérse-

(1) *Hiperclorhidria é hipersecreción gástrica*, por el Dr. Moreno Zancudo, 1906.

le el valor patognomónico que su autor quiere consignarle; pero indiscutiblemente suministra datos de verdadera importancia, de los cuales no debe prescindirse en los casos dudosos.

En los casos de tumor palpable, la diferenciación de si se trata de una neoplasia maligna ó benigna del estómago ofrece casi siempre dificultades insuperables para el clínico, siendo el tiempo el que generalmente se encarga de solucionar el problema; pues mientras en las neoplasias benignas es el curso muy prolongado, las cancerosas conducen rápidamente á la caquexia con todo el cortejo de síntomas que la acompañan. Por otra parte, el análisis del jugo gástrico suministra datos de un valor inapreciable, pues mientras la disminución ó desaparición completa del ácido clorhídrico y la presencia del ácido láctico constituyen la regla general en los cancerosos, en las neoplasias benignas faltan tales alteraciones. En los casos en que sea posible en los lavados recoger partículas tumorales, creo innecesario deciros que el examen histológico de las mismas puede suministraros datos de importancia verdaderamente decisiva.

La estancación de las materias alimenticias puede en algunos casos de los que nos ocupan tener un valor positivo, y en otros no tener importancia alguna.

Esto, que parece un contrasentido, tiene, sin embargo, una explicación perfectamente lógica: cuando las neoplasias están implantadas en las paredes del estómago, si son malignas conducen rápidamente al éxtasis por la miastenia que siempre las acompaña, fenómeno que no se observa cuando las neoplasias son benignas; pero si están implantadas en el orificio pilórico, como el obstáculo á la progresión de los alimentos es puramente mecánico, la ectasia y la estancación han de producirse en ambas formas tumorales. En tales circunstancias hay, sin embargo, dos hechos que pueden diferenciarlas: las alteraciones en el jugo gástrico y la marcha del proceso.

No terminaré lo que se refiere al estudio del diagnóstico diferencial, sin deciros algo de la úlcera cancerosa. El hecho de que pueda desarrollarse una formación celular atípica en el seno de una úlcera gástrica benigna, está perfectamente comprobado por muchos observadores, y especialmente por Kollmann. Semejante metamorfosis se efectúa á veces con una rapidez increíble, siendo verdaderamente notable el caso que tuve ocasión de observar en el señor M. Veña, decano de los notarios de Madrid: hiperclorhídrico antiguo, fué atacado de intensas gastrorragias, que motivaron el que fuera llamado en consulta por el Dr. Calderin, médico de cabecera: Sometido al tratamiento clásico, el enfermo mejoró rápidamente, siendo molestado solamente por una hiperacidez, que fácilmente se calmaba con los alcalinos. A los quince ó veinte días de haberse cohibido

las hemorragias, el enfermo acusó repentinamente una anorexia invencible, á la cual siguió en breve gran dificultad en el paso de los alimentos, enflaquecimiento rapidísimo, acompañando bien pronto todos los síntomas de una profunda caquexia. La introducción de la sonda, que se intentó repetidas veces, con objeto de hacer el recogido del jugo gástrico y alimentar al enfermo, resultaba de todo punto imposible, pues los tubos blandos se detenían en el cardias, y las sondas rígidas no me atreví á emplearlas, por considerarlas sumamente peligrosas. El enfermo murió á los dos meses, ostentando todos los síntomas de la caquexia cancerosa. Pero como comprenderéis bien, no todos los casos son tan demostrativos, y la diferenciación entre el carcinoma *ex-ulcere* y los procesos hiperplásicos (especialmente la hipertrofia pilórica) que subsiguen á las ulceraciones antiguas, constituyen un problema de resolución dificilísima, y que sólo los datos anamnésicos que suministra el enfermo y la atenta observación de la marcha que sigue la enfermedad pueden resolver.

Si hubiera de ocuparme extensamente del diagnóstico de la implantación anatómica del tumor, y del modo de diferenciar los que asientan en el estómago de los implantados en el hígado, páncreas, intestinos, etc., necesitaría abordar el estudio de las neoplasias malignas de estos órganos, asunto que, por sus desmesuradas proporciones, me es imposible hacer, limitándome á recordaros que, siendo numerosos los casos de metástasis cancerosas en los cánceres primitivos del estómago, encontraréis no pocos casos en que dichas neoplasias no se circunscriben exclusivamente á un órgano, sino que invaden varios á la vez; y todos recordaréis el caso observado en el curso anterior, diagnosticado por mí de cáncer del estómago, y que alguno de los que me escuchan lo consideró como de dispepsia nerviosa, demostrándose, al practicarse la laparotomía, que se trataba de un cáncer que se extendía por toda la curvadura menor del estómago, y que iba acompañado de implantaciones numerosas en los intestinos. Semejantes hechos son frecuentísimos en la clínica, especialmente en lo que se refiere á los cánceres del hígado, rara vez primitivos, y casi siempre secundarios á los cánceres gástricos.

De todos modos, las insuflaciones combinadas de estómago é intestinos, la palpación del vientre, sumergiendo al enfermo en un baño de agua caliente, la practicada después de una anestesia más ó menos completa, la gastroscopia y la gastrodiafanoscopia, pueden constituir auxiliares poderosos. La laparotomía exploradora es ciertamente el elemento más seguro de diagnóstico, y yo no vacilaría en recomendaros su práctica, si la experiencia no me hubiera enseñado la dificultad con que los enfermos y sus familias aceptan semejante procedimiento, y la posibilidad de que, á pesar de

ser una intervención quirúrgica casi exenta de peligros, no puedan, á consecuencia de ella, sobrevenir accidentes de que seguramente habían de haceros responsables. En lo que á mi práctica se refiere, puedo deciros que la he aconsejado diferentes veces, y sólo en dos casos ha sido aceptada.

PRONÓSTICO

Considero ocioso ocuparme del pronóstico del cáncer gástrico. Como dijo acertadamente Oser, la única esperanza del enfermo la constituye el que haya podido equivocarse el médico. Queda tan sólo el pronóstico de la duración, y en este sentido puedo asegurar os que las dificultades son á veces insuperables; sin embargo, algunas complicaciones, tales como las hemorragias frecuentes, la fiebre, la desnutrición avanzada, las peritonitis y pleuresías, las alteraciones renales, y otras complicaciones menos frecuentes, pueden serviros de guía para pronosticar en un período más ó menos largo una terminación fatal. En éste, como en todos los procesos crónicos, se observan anomalías en el curso y duración del padecimiento verdaderamente inexplicables. Como ejemplo de tipos diametralmente opuestos (en cuanto á la duración), puedo citaros los dos casos siguientes: El Dr. Bonilla, con quien me unía una estrecha amistad, me consultó ocho días después de haberlo yo visto en perfecto estado de salud. Quejábase únicamente de anorexia, y su aspecto era tan típico, que bastaba por sí solo para diagnosticar una neoplasia del estómago, á consecuencia de la cual murió dos meses más tarde; Don E. Sotomayor, por el contrario, vino á consultarme, encontrándome un enfermo con todos los atributos de un cáncer del estómago en período muy avanzado (anorexia rebelde, anaclorhidria, infartos ganglionares, edema, fiebre, examen microscópico de las partículas recogidas en los lavados, que dieron un resultado positivo, etc., etc.), todo inducía á creer que la terminación no se haría esperar mucho tiempo. Trasladóse el enfermo á su punto de residencia, y figuraos cuál no sería mi sorpresa al saber que el paciente había mejorado de tal manera, que podía dedicarse á sus ocupaciones habituales. Semejante estado se prolongó por espacio de *cuatro años,* al cabo de los cuales sucumbió el enfermo.

Estos tipos de duración tan breve como el del Sr. Bonilla y tan prolongada como el del Sr. Sotomayor, constituyen las excepciones, siendo lo más frecuente que el cáncer no permita una supervivencia mayor de un año y medio á dos.

TRATAMIENTO

Pocas cosas hay más desesperantes para el médico que el tratamiento de un canceroso del estómago. Los recursos de que dispone son tan deficientes ante la magnitud del mal, que apenas si bastan para corregir algo los síntomas más molestos. La misma dietética ofrece dificultades insuperables ante la necesidad de aumentar las fuerzas de reserva del enfermo para oponernos, siquiera sea sintomáticamente, al desgaste orgánico que provoca la neoplasia. La invencible anorexia que presentan los cancerosos, y el hecho perfectamente demostrado por Müller y Klemperer, de que mientras mayor es la cantidad de materiales albuminoídeos suministrados á un canceroso, tanta mayor es la destrucción de dichos materiales, constituyen otros tantos obstáculos para el sostenimiento de la nutrición de estos enfermos. Por otra parte, la administración del ácido clorhídrico, pepsina y otros remedios análogos capaces de sustituir á los elaborados por el propio organismo, resultan de una eficacia bastante problemática y siempre de cortísima duración.

Yo, que acostumbro á ser muy severo en mis prescripciones dietéticas, cuando me convenzo plenamente de la existencia de un cáncer del estómago, me abstengo de imponer grandes restricciones, ante la consideración de que, ya que no puedo curar al enfermo, en modo alguno me parece humanitario privarle del placer que le pueden proporcionar ciertos manjares, con tal que éstos no resulten de digestión muy difícil.

En éstos, más que en ninguna otra clase de enfermos, conviene estudiar el grado de tolerancia que ofrezcan para las diferentes clases de alimentos, para permitirles todo aquello que apetezcan y que soporten con una facilidad relativa.

En los casos de estenosis pilóricas, es elemental la necesidad de dar toda clase de alimentos finamente divididos, y mejor aún en estado líquido, que permita franquear con más facilidad el orificio pilórico estenosado. Por tal motivo, y considerando la leche como el alimento principal de estos enfermos, recomiendo siempre la adición de la pegnina, que por mantener la leche en estado líquido en el estómago la hace más fácilmente digerible, y su paso es también más fácil á través del píloro. Sabéis, además, que los fermentos coagulantes faltan con extraordinaria frecuencia en los cancerosos, y en tales condiciones la pegnina suple en gran parte las deficiencias de estos fermentos. La leche, por otra parte, se presta á gran número de preparaciones culinarias, bien sola ó con la adición de otras sustancias, como café, té, cacao, etc., que permiten hacerla agradable á los enfermos. Cuanto á las leches acidificadas, como el képhir,

son entre nosotros rarísimas las personas que las aceptan, y, por otra parte, su preparación es bastante cara y engorrosa. De todos modos, podéis administrarle sin inconveniente alguno cuando sea aceptado.

Los purés de legumbres, los farináceos, los pescados blancos en forma de croquetas y algunas preparaciones culinarias ricas en albuminosas, constituyen la base de alimentación de estos enfermos.

Cuanto á las grasas, son indudablemente un elemento indispensable, pero están contraindicadas cuando existen grandes fermentaciones. De todas ellas debéis dar la preferencia al aceite de coco, por la exigua cantidad de ácidos grasos que contiene, aunque en realidad he visto pocos enfermos que le usen mucho tiempo.

La repugnancia característica que estos enfermos presentan hacia las carnes hacen dificilísima su administración. De todos modos, cuando ésta sea posible, debéis dar la preferencia á las carnes blancas y de animales jóvenes, como la ternera, cordero y pollo.

Además de los alimentos indicados existen otros, tales como el chocolate de Mering, las galletas y el polvo de Mellin, que os permitirán variar algo la dietética de estos enfermos.

Cuanto á las lavativas nutricias, cualquiera que sea la fórmula que empleéis, pueden representar un elemento de nutrición valioso cuando una hemorragia, vómitos incoercibles, etc., os precisen á suspender la alimentación *ex orae;* pero como alimentación definitiva no podréis de ninguna manera utilizarlo, por la enorme depresión de fuerzas que á los cinco ó seis días de su uso presentan los enfermos.

Racionales unos y extravagantes otros, se han propuesto contra el cáncer del estómago infinitos remedios, caracterizándose todos por su perfecta inutilidad. En el tratamiento de esta terrible dolencia, nos vemos reducidos á una terapéutica puramente sintomática.

Contra la anorexia se han propuesto infinidad de remedios, entre los cuales figura, en primer término, el condurango, de cuya perfecta ineficacia como estimulante del apetito estoy plenamente convencido hace mucho tiempo. Otro tanto se me ocurre deciros de la orexina, de la tintura de thuya occidentalis y de los persulfatos alcalinos. Son éstas sustancias que en las anorexias nerviosas y en las que acompañan á ciertas formas de gastritis suelen dar resultado, pero en las cancerosas fracasan por completo.

El mejor estomático es sin disputa el lavado del estómago, que, librando á éste de los productos en él retenidos, solicita la ingestión de nuevos alimentos y hace que éstos sean mejor soportados. Además, los enfermos experimentan una sensación de bienestar que no puede obtenerse con droga alguna. Semejantes beneficios son, por desgracia, bien efímeros, por ser frecuente que después de algu-

nos días sobrevenga una depresión de fuerzas grandísima, que impone la necesidad de suspender el remedio.

La infusión de violetas me ha producido alguna vez gran alivio en los síntomas más molestos y en el estado general del enfermo; pero otras veces (la mayoría, por desgracia) no he podido reportar de su aplicación beneficio alguno. De cualquier manera, dada su inocuidad absoluta, nada perderéis con recurrir á ella.

Otro tanto ocurre con los antieméticos. Fracasan todos, incluso la resorcina, la poción antiemética de Rivière, etc., quedando como medicamento de acción eficaz el cloroformo á la dosis de cuatro á seis gotas, el administrar los alimentos en pequeñas porciones y las bebidas heladas. Las lavativas nutricias podrán serviros, como dije antes, para entretener durante algún tiempo (muy breve, en verdad) la nutrición de los enfermos, en los casos de vómitos pertinaces.

Los dolores exigen inevitablemente el uso de los calmantes, y por grandes que sean los inconvenientes del opio y sus alcaloides, no me parece humano, ni racional siquiera, el prescindir de un remedio con el cual podéis aliviar los sufrimientos de un enfermo á quien os es imposible curar.

Es indudable que si poseyéramos medios de establecer un diagnóstico precoz del cáncer del estómago, las intervenciones quirúrgicas serían más frecuentes y de más fructíferos resultados. Es éste asunto que yo no puedo tratar sino muy á la ligera, toda vez que debiendo dar conferencias sobre este mismo tema otros profesores que gozan de justa nombradía como cirujanos, á ellos más que á mí corresponde abordar este asunto con la extensión que merece. Me limitaré, por tanto, á deciros que en los cánceres circunscritos la resección del tumor va seguida de una mejoría tan larga, que parece una curación definitiva. Autoriza esto á las resecciones de la totalidad ó casi totalidad del estómago, y ninguno habréis seguramente olvidado á una mujer que, procedente de Lugo, entró en mi servicio hace cinco años, y que diagnosticada por mí de neoplasia maligna difusa del estómago, fué operada por el Dr. Cervera de una extirpación total de dicho órgano. Desaparecieron los dolores terribles que sufría antes de ser operada; renació el apetito, y la enferma aumentó rápidamente de peso. Tres años después supe que la enferma seguía en este mismo y satisfactorio estado, y desde esta fecha no he vuelto á tener noticia de ella.

La resección pilórica ofrece sin duda una gravedad extraordinaria, pero es un hecho perfectamente demostrado que después de practicada mejora notablemente la función motriz del estómago, y que en algunos casos se modifica la función secretoria, especialmente en el sentido de la desaparición de las fermentaciones lácticas.

Cuanto á la gastroenterostomía, sólo puede concedérsele el valor de un tratamiento paliativo que evita la estancación alimenticia y favorece la nutrición de los enfermos, sobre todo en los tumores muy abundantes en tejido conectivo y pobres en elementos celulares. De cualquier modo que se mire el asunto, desde el instante en que por este acto operatorio se prolonga la vida de los enfermos y se libra á éstos de considerables molestias, me parece que el condenar su aplicación sería tan irracional como el proscribir la traqueotomía en los casos de cánceres de la laringe, en los que, ciertamente, la operación no puede curar la enfermedad, pero sí prolongar la vida del paciente, y evitarle una muerte horrible.

Carezco de experiencia personal respecto á la yeyunostomía propuesta y ejecutada por Maydl. Sólo puedo deciros, por tanto, que en principio sus resultados me parecen muy inferiores á los que puede proporcionarnos la gastroenterostomía, siquiera su técnica sea relativamente sencilla y menos peligrosa.

Respecto de la nueva operación propuesta por Roux para los cánceres del esófago y del cardias, me acontece lo mismo que con la yeyunostomía: que carezco de experiencia acerca del asunto. No la he visto practicar ni una sola vez, y más por impresión que con fundamentos verdaderamente positivos, me parece una operación más de anfiteatro que de clínica.

¿Puede conferirse inmunidad contra el cáncer? Desarrollado éste, ¿tienen verdadera eficacia los diferentes sueros utilizados hasta hoy? Cuestiones son éstas de verdadera actualidad, pero acerca de las cuales no existe al presente nada positivo; y se explican perfectamente las dudas respecto de problemas tan interesantes, toda vez que, desconociéndose el verdadero agente etiológico de las neoplasias cancerosas, los diferentes medios capaces de yugular su evolución sólo pueden fundamentarse en nociones empíricas y, por tanto, incapaces de satisfacer el espíritu menos exigente. A pesar de las terminantes aseveraciones de Doyen, podrá, si acaso, admitirse la inocuidad de una vacuna antineoplásica, pero en modo alguno su valor curativo, á pesar de sus últimos trabajos que han recaído precisamente en pacientes portadores de cánceres gástricos. Cuanto al suero de lagartijas y los líquidos obtenidos por la maceración de ciertos tumores de los árboles, no merecen ni aun siquiera ocuparse de ellos.

Doy fin con esto á las conferencias que acerca del cáncer gástrico me fueron encomendadas. Obligado á ocuparme en ellas solamente de lo que tuviera verdadero valor práctico, he tenido que tratar á la ligera algunos puntos de verdadera importancia, como el del estudio bacteriológico, y pasar completamente en silencio otros, como el de la trasplantación de los cánceres. Aun en los pun-

tos estudiados, hubiera sido mi deseo presentar á vuestra consideración conclusiones más positivas y ciertamente más consoladoras: pero en Medicina nos debemos, ante todo, á la verdad, y ella me ha obligado á exponer ante vosotros todas las sombras y dudas que envuelven la historia del cáncer del estómago en sus diferentes aspectos.

QUISTE HIDATÍDICO GASEOSO DEL HÍGADO

POR EL DR. MADINAVEITIA

A principios de Marzo se presentó en mi consulta del Hospital un hombre de cincuenta y seis años, diciendo que se encontraba malo desde Navidad. Como síntomas principales acusaba inapetencia, enflaquecimiento, fiebre algunos días y dolorimiento continuo en el hipocondrio derecho, que se irradiaba á veces al hombro izquierdo. El dolor se había hecho mucho más vivo en los últimos días.

El aspecto general del enfermo era muy malo. Tenía un color terroso sucio y muy ligero tinte ictérico, que se veía mejor en el paladar que en las conjuntivas.

En cuanto se desnudó, se veía ese abultamiento general de la parte alta del abdomen y baja del tórax que tanto llama la atención en un individuo demacrado, y que nos conduce á reconocer el hígado. El abultamiento existía sólo en el lado derecho.

Por palpación encontramos un hígado muy grande, que llegaba hasta la línea umbilical, y que era desigual y duro en su superficie y borde. En la parte correspondiente al lóbulo izquierdo daba una sensación de renitencia tan característica de los quistes, que les hice palpar á casi todos los que estaban conmigo, para que se acostumbraran á apreciar esa sensación.

No tenía el estremecimiento hidatídico que describen muchos autores, que yo no he encontrado nunca y en el cual no creo.

Al percutir en el tórax para ver si el límite superior de la macidez hepática formaba las irregularidades que se observan en la mayor parte de los tumores de la cara convexa del hígado, nos encontramos con que la línea era perfectamente horizontal. Percutimos fuerte y flojo, hicimos variar de posición al enfermo, pero no encontramos ningún dato de derrame pleurítico. A la auscultación había un poco de roce pleurítico en el quinto espacio intercostal, un poco por detrás de la línea mamilar.

Se tocaban los ganglios de la ingle un poco gordos, pero no lo suficientemente abultados para poder decir que aquello fuese patológico.

Al hacer presión sobre el hígado tenía dolor bastante acentuado, principalmente en la región en que se notaba la sensación quística.

Diagnosticamos desde luego un quiste hepático, y no nos atrevimos á resolver en esa primera observación si se trataba de un quiste hidatídico supurado ó de un adenoma maligno quístico. Como el tratamiento había de ser completamente distinto en cada uno de esos casos, le aconsejamos que ingresara en mi sala para estudiarlo mejor.

Entró en el Hospital á los pocos días, y los datos que pudimos observar eran muy distintos.

Tenía el vientre abultado en su parte inferior, con el ombligo aplanado, lo cual nos hizo creer que se había desarrollado ascitis. Se comprobó por la percusión que existia la ascitis, y que verosímilmente era producida por peritonitis, puesto que había macidez en toda la parte baja, y un sonido *muy timpánico* en la parte alta. La movilidad del líquido al cambio de posición era muy escasa.

Al palparle el vientre nos encontramos con que el hígado estaba rechazado hacia arriba, y no se tocaba el quiste que habíamos palpado todos. Le percutimos el lado derecho del tórax, y vimos que se elevaba el hígado hasta el tercer espacio intercostal, siguiendo siempre la línea horizontal. Esta macidez se obtenía percutiendo fuerte; pero si percutíamos flojo durante una inspiración profunda, la macidez descendía cuatro ó cinco dedos. Nos bastaba este dato para poder afirmar que correspondía á algo infradiafragmático y, por lo tanto, que no tenía relación con derrame pleurítico. Nos sorprendió el encontrar en el área de macidez hepática, junto al esternón, una zona timpánica; y como el enfermo había pasado muy mala noche, con mucha tos, gran cantidad de expectoración (algo teñida de pigmentos biliares), fiebre, intranquilidad, etc., sospechamos la posibilidad de que se hubiera abierto el quiste á través del diafragma y del pulmón. Analizamos los esputos, y vimos que no contenían bilis; así es que desechamos esa idea.

Por auscultación se oían fuertes ruidos de roce pleurítico y algunos estertores mucosos en toda la mitad inferior del lado derecho del tórax, hasta la base. Esta era una nueva prueba de la no existencia de derrame pleurítico, que al separar las dos hojas hubiera impedido el roce.

Al día siguiente estaba el enfermo muy grave y con fuerte ictericia. Los síntomas locales habían vuelto á variar. Tenía macidez, que llegaba hasta el segundo espacio intercostal, y que no variaba á la percusión fuerte y á la percusión suave. En cambio se le hacía llegar al primer espacio, sentando al enfermo é inclinándole hacia adelante. Al volver á echarle se obtenía el sonido timpánico (skódi-

co) en ese primer espacio. Había desaparecido el sonido timpánico que obtuvimos el día anterior en la región hepática.

Tenía disminución de vibraciones en todo el lado derecho. Por auscultación, había falta de murmullo vesicular en todo el lado derecho, y soplo bronquial en el vértice.

El estado general del enfermo era cada vez peor. Tenía 39°,4; vómitos; 130 pulsaciones; aumentaba la ascitis; tenía tos, dolor fuerte en el costado derecho y disnea.

Nos llamó la atención el que se llenara tan rápidamente la pleura derecha, pero nos lo explicamos por el pequeño espacio que dejaba el levantamiento del diafragma en este lado. La aparición del sonido timpánico intra-hepático, junto á los síntomas torácicos de este lado, nos hizo pensar en una abertura completa del quiste hacia arriba, que permitiera la entrada del aire antes de que salieran los elementos del quiste, ya que en el análisis de los esputos no se encontraron. La desaparición de esa timpanización nos la explicábamos muy bien por el derrame pleurítico, que se interponía entre la pared torácica y la región timpánica.

Nuestro diagnóstico era el siguiente: Peritonitis y derrame pleurítico del lado derecho, con seguridad. Como causa de esto, el proceso hepático-quístico simplemente supuratorio ó de origen maligno. El estado del quiste ofrecía varias dudas. Nosotros lo habíamos tocado, indudablemente, en el primer reconocimiento; no lo pudimos volver á tocar, y apareció esa zona timpánica más alta.

¿Es que no lo tocábamos porque se había metido debajo de las costillas empujado por la ascitis y la timpanización? ¿O no lo tocábamos porque se había roto y se había llenado de aire? Hablaba á favor de esta última hipótesis la zona de sonido timpánico que se presentó en el segundo reconocimiento; sin embargo, nos pareció más verosímil la primera hipótesis, porque no aparecían restos del tumor, ni bilis propiamente dicha, en los esputos ni en las deposiciones.

Respecto á la posibilidad de que se hubiera roto en el peritoneo determinando la peritonitis que presentaba, no lo admitíamos, porque eso no nos explicaba la timpanización del quiste.

Con los datos que poseíamos en ese momento, no podíamos resolver el problema planteado en el primer reconocimiento. Sabido es por todos la frecuencia con que se presenta la peritonitis en los períodos avanzados de los tumores malignos del hígado y de cualquier otro órgano del vientre, y también que, cuando hay peritonitis, se presenta en la mayoría de los casos pleuritis, sobre todo cuando la peritonitis es alta. ¡Cuántas veces nos ha ayudado á resolver un caso difícil de vientre el análisis detenido de las pleuras!

En este caso no nos servían estos datos; porque sobre un quiste

hidatídico supurado se desarrolla la misma peritonitis y pleuritis que sobre los tumores malignos.

Si hubiéramos puncionado cualquiera de las dos cavidades y hubiésemos obtenido líquido hemorrágico, habríamos diagnosticado la neoplasia maligna; pero en el caso más frecuente del líquido serofibrinoso, más ó menos purulento, tenían que seguir nuestras dudas.

El aspecto malo del enfermo, el dolor, la fiebre, etc., son comunes á los dos procesos y á las complicaciones que les acompañan. Como ya hemos dicho, el estado de los ganglios no era decisivo. El análisis de los glóbulos blancos de la sangre hubiera podido dar alguna luz.

Si el enfermo hubiera estado menos grave, la resolución de ese problema era de vital interés; porque la intervención oportuna podía salvarle si se trataba de un quiste hidatídico supurado. Con su pleuritis tan aguda y la peritonis generalizada sub-aguda era inútil la intervención. El enfermo murió á las veinticuatro horas del último reconocimiento relatado.

Al llegar á la autopsia resumimos (como hacemos siempre antes de abrir) lo que creíamos que habíamos de encontrar. Pleuritis con derrame que había de llegar hasta el segundo espacio intercostal, con trozos de fibrina (cuarenta y ocho horas antes había roce pleurítico muy intenso y extenso). Peritonitis con ascitis. Hígado grande rechazado hacia arriba, con un gran tumor quístico que tal vez estuviera abierto. De todos modos, el quiste supurado ó perteneciente á tumor maligno. El bazo, normal.

Abrimos el vientre y encontramos el peritoneo deslustrado, con líquido seroso turbio y porciones de fibrina entre varias asas intestinales. En el tórax había la pleuritis sero-fibrinosa, que llegaba hasta el segundo espacio intercostal. Al levantar el esternón con los trozos de costillas y dejar al descubierto el hígado en toda su extensión, fué muy grande nuestra sorpresa al encontrarmos con un hígado muy abultado, pero que conservaba la forma regular, con una masa gris amarillenta que ocupaba todo el lóbulo izquierdo y gran parte del derecho. Tenía el aspecto macroscópico del adenoma maligno ó del cáncer primitivo del hígado. Así se lo manifestamos á todos los presentes, y también les dijimos que no nos explicábamos de dónde pudo nacer nuestro error al tocar con tanta seguridad el quiste. Quitamos un pequeño trozo para estudiarlo al microscopio, y para que vieran el aspecto macroscópico en toda su extensión dí un corte muy profundo de arriba abajo. Con gran sorpresa nuestra vimos chafarse ó hundirse completamente los bordes de la incisión, sin que se viera salir nada, lo cual nos indicaba que el contenido de la cavidad era gaseoso. La porción de tejido que formaba la pared de la cavidad era de un espesor de dos á tres dedos. En el fon-

do de la misma se veía una pequeña cantidad de líquido, mezcla de pus y de bilis, y restos de hidátides. Esa cavidad estaba enteramente cerrada en el espesor del hígado por detrás, y la neoplasia por delante, y sin comunicación con el intestino, pleura, etc.; es decir, que era una cavidad completamente cerrada, del tamaño de una cabeza de feto, y que contenía una pequeña cantidad de líquido. Tal vez la cantidad de líquido no excedería de $^1/_5$ de la cavidad, y los $^4/_5$ restantes estarían ocupados por el gas.

El análisis histológico demostró que lo que cubría la cavidad del quiste hidatítico supurado y gaseoso era un fibro-adenoma.

¿Era gaseoso este quiste desde la primera vez que vimos al enfermo? Es posible que sí, pero no dió sonido timpánico á la percusión. Sabido es que cuando los gases están sometidos á una fuerte tensión se obtiene un sonido timpánico oscuro que es muy difícil de diferenciar del sonido mate. Por esta razón se debe disminuir la tensión siempre que se puede conseguirlo, variando la posición del enfermo; pero nosotros no lo hicimos, y en ese caso hubiera sido inútil probablemente.

Se puede afirmar que en nuestra segunda observación del enfermo el quiste era gaseoso y obtuvimos sobre él el sonido timpánico claro, que nos hizo pensar en la rotura. Si yo hubiera conocido entonces bastante bien los quistes gaseosos, no me habría contentado con auscultar y decir que no había síntomas de rotura hacia arriba porque no se oía nada al respirar el enfermo. Habiendo líquido y gas juntos, tanto por percusión como por auscultación hubiéramos podido encontrar los síntomas que produce el cambio de posición, y también la sucusión acompañada de la auscultación nos hubiera dado síntomas suficientes para el diagnóstico.

Julio 30 de 1907.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DEL RÉGIMEN EN LOS ECZEMATOSOS

Por el Doctor A. Pardo Regidor
Del Instituto Rubio.

Flota en el ambiente médico de nuestros días una penumbra de vaguedad é indecisión en todo lo que se refiere al régimen alimenticio de los enfermos, que no hay posibilidad de marchar con paso firme por este importantísimo y trascendental sendero de la Terapéutica. Esta incertidumbre obedece á tanta diversidad de criterios, á tanta controversia ruidosa originada por tanta contraria teoría como existe en las diferentes escuelas que se disputan hoy el codiciado descubrimiento de la verdad. Loable es todo trabajo que pro-

penda al progreso universal, y más loable todavía cuando se labora en pro de la conservación de la vida del individuo, aportando cada cual su grano de arena á esa gran obra que construye incesantemente la humanidad...

Largos años de estudio y de práctica en el libro escrito, y en ese otro libro que en la Medicina en general, y en las enfermedades de la piel en particular, reporta acaso más enseñanzas que el primero, cuando se sabe leer, y que se llama *el enfermo*, nos han enseñado que el eczematoso no se cura *solamente* con pomadas, ni con tinturas, ni con aguas minerales, ni con esa infinidad de drogas que promulga la farmacopea como salvación positiva, como potente asidero en el naufragio patológico: no. El eczematoso (y dando á esta palabra su verdadera interpretación) no puede ni debe ser tratado en manera alguna sirviéndose de un patrón, empleando esta ó la otra fórmula, rancia ó moderna, que en cierta ocasión sirvió para tal sujeto. En una palabra, no puede tratarse empíricamente, sistemáticamente: hace falta por parte del médico un análisis, un estudio detenidísimo de su enfermo, una disección minuciosa de sus funciones, muy particularmente de la manera como las *escorias* son eliminadas, y penetrarse de si éstas han experimentado la combustión necesaria; averiguar su composición por medio del análisis químico más completo y detallado, para cerciorarse hasta la más perfecta evidencia *quién es* el sujeto, qué padece y *por qué* padece.

El gran Hebra, fundador de la escuela dermatológica de Viena, robustecida por Kaposi y glorificada después por todo el mundo médico que á esta clase de estudios se dedica, escuela que es universalmente reconocida como localicista, dice en la página 549 del primer tomo de su obra inmortal: «Se encuentra frecuentemente el eczema como resultado de una *digestión debilitada*. El enfermo se queja de cardialgia, de eructos, de una sensación de plenitud y de distensión del abdomen con pérdida del apetito.» He aquí el cuadro del dispéptico, del dilatado, y que al ojo escudriñador, al espíritu clínico y observador del eminente maestro de Viena no podía pasar desapercibido. Kaposi, su hijo político y mantenedor apostólico de tan brillantes doctrinas, no olvida tampoco los sanos consejos del maestro, y también en su obra flamean estos conceptos, aconsejando buscar en el organismo enfermo las causas de la aparición del eczema, ó por lo menos de su sostenimiento, recomendando la terapéutica conveniente y el régimen adecuado.

Colocada la cuestión en el terreno neutral, y con una sincera imparcialidad, desprovisto de prejuicios, de sistemas, de escuelas, y teniendo únicamente por guía la observación y la experiencia, yo afirmo que en el eczema la terapéutica local tiene una eficacia indiscutible, muchas veces sorprendente, maravillosa. Yo afirmo que

hoy su tratamiento *farmacológico específico* es inútil, ilusorio; es decir, no hay medicamento interno que cure al eczematoso. Yo afirmo que el régimen alimenticio, la higiene y, sobre todo, restablecer el equilibrio nutritivo perturbado, estudiando con la más minuciosa atención el estado de las funciones de asimilación y de eliminación, llevándolas á su cauce normal ó aproximándolas lo más posible, triunfan multitud de veces de esos eczemas que causan la desesperación del enfermo, de la familia y de los médicos. Yo acuso á los exclusivistas, tanto de la terapéutica interna como de la externa, del gran retraso que se deja sentir en la manera de tratar al eczematoso, y á la confusión que existe, y á las divergencias profundas que distancian á los observadores y separan á las escuelas. Yo acuso también á la falta de filosofía médica en la concepción de las alteraciones que se establecen en la piel eczematizada, y que son de una heterogeneidad incalculable: alteraciones bioquímicas, bacterianas, regionales, anatómicas, individuales, etc., y de las que cada cual reacciona á su manera, engendrando en el cerebro no familiarizado con la dermatología un mar de confusiones, y en el iniciado en esta clase de estudios dudas é inseguridades, de las que es preciso huir si se quiere caminar desahogadamente en la práctica profesional. Conviene no confundir esas poli-dermitis *per accidens*, que clínicamente tienen el aspecto del eczema, con el *eczema verdadero*. Ya sabemos cuál es la acepción de la epidermo-dermitis que en la terminología médica se la designa con el nombre de *eczema*, entidad morbosa, *enfermedad*, en una palabra; concepción nosológica creada al principio del siglo pasado por William, completada después por la clínica y esclarecida por la histología y la bacteriología, que nos enseñan la *espongiose* profunda y difusa y el amicrobismo en su período inicial. Es preciso recabar para el eczema su independencia y su autonomía, desligándole de otros procesos que con él tienen semejanza.

En ninguna enfermedad precisa tanto hacer un balance patológico minucioso del enfermo al establecer un tratamiento racional y científico, como en el eczema. Entiéndase bien, que nos estamos ocupando, no del eczema agudo más ó menos generalizado, con fenómenos de reacción intensa, tensión arterial, prurito, accidentes nerviosos, etc., sino del eczema instalado ya en la piel con tal ó cual cronicidad rebelde á la acción de la terapéutica local, alternante, paroxístico, recidivante.

Hemos observado casi constantemente que el eczematoso es un desequilibrado digestivo, ora porque ingiere cantidades exageradas de alimentos y bebidas, ora porque la calidad de ellos deja mucho que desear, ó bien porque el estado de las funciones gastro-intestinales entra de lleno en el terreno de la patología. Cuide el cli-

nico de dirigir la alimentación, prescindiendo casi por completo de las carnes y de los alcoholes; reintegre á la normalidad los órganos y funciones digestivas, que ya con el régimen alimenticio tendrá bastante adelantado para conseguirlo, y verá triunfar al organismo, con relativa facilidad y con exclusión de otra terapéutica interna, de un estado patológico que por su rebeldía estaba en las fronteras de la incurabilidad.

Este es el programa de nuestra nota clínica, la cual necesita algunas ampliaciones para su más perfecta comprensión.

El eczema invade á los individuos en todas las edades, en todas las estaciones, en todos los climas, é igualmente ataca á uno y á otro sexo. En la primera infancia, la lactancia materna, desordenada ó insuficiente, ó la artificial, adoleciendo de los mismos defectos, contribuye poderosamente á la formación del eczema en el recién nacido, favoreciendo no poco su aparición y sostenimiento la suciedad de la piel, sobre todo la de la cabeza y la de los pliegues articulares, punto de partida de eczematizaciones tenaces, persistentes, que se infectan secundariamente por las dificultades con que se tropieza para realizar la asepsia de la piel, punto también digno de estudio detenido y que complementa la terapéutica del eczema. Cuídese de evitar muy especialmente la sobrealimentación engendradora de los trastornos digestivos, tan frecuentes en los niños en período de lactancia, bastando muchas veces la disminución en el número de *mamadas* para modificar favorablemente las alteraciones gastro-intestinales que los niños padecen, lo que por ende viene á redundar en beneficio de la lesión cutánea. Un tanto por ciento muy elevado de eczemas infantiles durante la lactancia reconoce por causa única, exclusiva, la mala alimentación. Bien las madres no tienen leche, y se empeñan en criar á sus hijos; otras acuden al biberón, dándole al niño exageradas cantidades, hasta aletargarle; y como además la leche no es buena, porque es muy raro que en Madrid, particularmente en verano, no esté alterada ó adulterada, se produce por esta *sobrealimentación* y *mala alimentación* trastornos digestivos que repercuten en la piel, dando lugar á la aparición de prúrigos, urticarias, eritemas, y por último los eczemas, que tienen por carácter propio la persistencia hasta el destete. Y como éste se hace generalmente, entre las clases pobres, sin reglas, ni orden, ni ateniéndose á los consejos del médico, se encadenan los hechos de tal manera, que el que comienza por ser un eczematoso infantil acaba por ser candidato á tuberculoso en la adolescencia, y una baja en la lista de los vivos cuando llega á la pubertad. Pero la gravedad no puede ni debe atribuirse únicamente á la facilidad con que la piel eczematizada concede franquicia á los elementos ajenos. Basta el eczema por sí solo; pues si bien es cierto que como excepción puede comprome-

ter la existencia en la primera infancia, conviene que el médico esté prevenido para ponerse en guardia ante una extensión brusca ó ante las probabilidades de una generalización. Kaposi dice que no es raro en los eczemas intértrigo de los niños de pecho ver exagerarse la dermitis, hacerse rápidamente gangrenosa, diftérica, fibrinosa, flegmonosa, accidentes que en los casos más favorables la curación se realiza, pero á expensas de pérdidas de sustancia que serán reemplazadas por cicatrices, ó que, como él ha visto, pueden determinar en algunos días la muerte después de fenómenos de eclampsia ó de colapso. Yo registro entre mi clientela particular un caso de muerte relativamente rápida en un niño de nueve meses, á consecuencia de una dermo-hipodermitis flegmonosa que se generalizó bruscamente. El proceso empezó por un eczema de la cabeza del tipo seborreico de Unna.

Las nefritis es otra coincidencia patológica que va unida al eczema y que reviste suma gravedad, debiendo fijar la atención del práctico al establecer el pronóstico. Otro tanto diremos de las bronquitis, bronconeumonías y enteritis.

Ya en la segunda infancia las circunstancias varían, y nada más que excepcionalmente se puede presentar algún caso que revista esta gravedad.

Hemos visto multitud de niños de pecho afectos de eczema, que obedecía *únicamente* á una *sobrealimentación láctea*, y otros que la *mala alimentación*, tanto por la calidad de la leche materna como por la alimentación mixta, á la que la madre se veía obligada, por la soberana razón de que desaparecía la leche de sus pechos. Una seria rectificación de esta manera anárquica de lactar ha bastado para normalizar la nutrición y seguidamente desaparecer las manifestaciones cutáneas, que de otra suerte hubieran permanecido, y siempre con tendencia á la extensión, por lo menos hasta que el niño hubiera cumplido los dos años; y entonces la dentición completada y el destete efectuado ya, si éste se hacía con sentido común, no dando al niño de comer y beber *de todo*, como generalmente se acostumbra entre las clases poco acomodadas, entonces, repito, vendría el remate obligado de tan desagradable situación.

No vamos á cantar las excelencias del biberón, pues creemos que no hay nada mejor para la alimentación de un niño que la leche de su madre; pero es preciso que las condiciones físicas y morales de ella respondan satisfactoriamente á una investigación más minuciosa que si se tratase de una nodriza, porque los embates que durante el largo período de lactancia ha de tener la madre, por ser en el que las enfermedades menudean en el niño, ha de influir, naturalmente, en sentido desfavorable para aquélla, puesto que seguramente se perturbará una secreción que exige la más perfecta

armonía psíquica y material. No así la nodriza, que, después de todo, ve las cosas de distinta manera.

Si se quiere establecer un paralelo, como dice Besnier, bajo el punto de vista del eczema entre la lactancia artificial y la alimentación por el pecho de la madre ó de la nodriza, debe tenerse en cuenta que la que es considerada teóricamente como la mejor, es decir, la alimentación al pecho, ofrece garantías solamente *relativas*. Sus defectos son numerosos, sus accidentes múltiples, teniendo una variabilidad grande según la impresionabilidad propia de cada niño. Contribuye á aumentar sus inconvenientes el desorden en las horas que el niño debe mamar, los accidentes mamarios, la edad y composición de la leche, alteración de ella por las condiciones permanentes ó eventuales de la madre ó de la nodriza: conmociones nerviosas, menstruación, hábitos en la alimentación, alcoholismo, etc. Y no debe olvidarse que en las clases acomodadas ó en los asilos, en que la lactancia artificial se hace con un criterio científico bien fundamentado como cantidad de leche y como regla en sus tomas, no se provoca en los niños la irritación eczemática.

Y como consigna Budin en los hechos relativos á la cesación del eczema, regularizando las condiciones de toda índole, de la madre ó de la nodriza, refutando la opinión que atribuye el eczema infantil á la lactancia mixta ó artificial, «nunca, dice, nuestros niños sometidos á la lactancia mixta ó á la artificial presentan eczema; pero sus madres tienen con ellos una limpieza exquisita, y como evitamos con gran cuidado la *sobrealimentación*, no tienen más que rara vez trastornos digestivos. Los niños no sobrecargados, ora por el biberón, ora por el pecho, *no tienen jamás* ni eczema ni grueso vientre; estas son cosas desconocidas en nuestro dispensario». Es un hecho, pues, que el régimen llevado con el rigor expuesto contribuye notablemente á la curación del eczema en la primera infancia y es un factor importantísimo para evitar su presentación. Los que vemos por centenares niños enfermos de eczema en los dos primeros años de la vida, no podemos por menos de unir nuestro voto al de estos observadores. Tal convencimiento tenemos de lo que acabamos de exponer, que al presentársenos en el dispensario un niño con eczema comenzamos el interrogatorio por ¿quién lacta al niño? ¿qué come?, y siempre nos hallamos con descartes del régimen, tan absurdamente cometidos, que aunque aquellas tiernas criaturas estuvieran fundidas en bronce se doblegarían ante tamañas enormidades. Pero no se crea que estas desviaciones en el régimen y la falta de la higiene en general producen necesariamente el eczema, no. En los niños, como en los adultos, estos cambios favorecen su aparición y la entretienen: pero en realidad existen muchos niños que, según la repetida expresión de los padres, *comen de todo*, y no por

eso son atacados de eczema. La herencia, la predisposición, el destete, la dentición, anomalías funcionales de los aparatos sudorales y sebáceos, las alteraciones de estos mismos productos al depositarse en la piel, los traumatismos de la misma, etc., etc., pueden contribuir cada una por su lado, ó varias á la vez, á la producción del eczema.

No siendo nuestro objeto hacer un estudio etiológico del eczema, á la manera de índice lo anotamos, para que cuando sea posible se resten á la enfermedad estos factores que, acumulados en mayor ó menor número, ponen un obstáculo serio al éxito de la terapéutica más científicamente dirigida.

Los Dres. Variot, médico del Hospital de Enfants Assistés, y René Quinton, acaban de hacer una comunicación á la Academia de Medicina de París, respecto al tratamiento del eczema de los niños de pecho por medio de las inyecciones subcutáneas de agua de mar. Consignan dichos doctores en su interesante trabajo la rebeldía de esta enfermedad, y emplean su tratamiento inyectando cada tercer día á los enfermitos 30 centímetros cúbicos de agua de mar. En más de la mitad de los casos se produce una reacción muy evidente, á menudo exagerada, acompañada de una mejoría considerable. En las tres cuartas partes de enfermos esta acción es curativa. El brote reaccional dura de tres á quince días; y en los niños en que este brote no se produce, ó sea en un 40 por 100 de los sujetos tratados, la mejoría es inmediata; las lesiones palidecen al día siguiente de la primera ó de la segunda inyección, y desaparecen completamente al cabo de ocho ó diez días. No tenemos experiencia personal acerca de este procedimiento, pero nos prometemos en breve comenzar una serie de ensayos y cuyo resultado publicaremos oportunamente.

Resumiendo lo expuesto muy sumariamente acerca del régimen del eczematoso en la primera infancia, conviene tener siempre presente que la *mala alimentación,* y especialmente la *sobrealimentación,* son las responsables en la inmensa mayoría de casos de la producción del eczema. Que es necesario la *predisposición* individual, dando á esta palabra la acepción más general posible, como modificadora del terreno, disminuyendo su resistencia y debilitando las defensas naturales de la piel. Que la terapéutica local por sí sola es insuficiente en multitud de enfermos, y es absolutamente preciso rectificar las desviaciones nutritivas engendradas por ignorancias tradicionales en las familias, encauzando la lactancia de los niños y su alimentación en el destete por los estrechos senderos de la higiene, desposeyéndonos de prejuicios y rutinas que cual carga pesada gravita sobre nosotros y nos impide marchar hacia las benditas regiones del progreso, donde han tomado ya carta de naturaleza otras naciones más venturosas que la nuestra.

Al decir que la terapéutica local es insuficiente, se deriva un concepto patogénico del eczema; es decir, que éste no nace de la presencia real de un elemento microbiano extrínseco, ó lo que es lo mismo, que en el sentido exacto de la palabra el eczema no es parasitario, porque si lo fuese bastaría la terapéutica local para su tratamiento, á la manera que es suficiente en la sarna, favus, tricofitia y otras. Un estado patológico del medio interno y una *menor resistencia* de la piel por multitud de causas engendrada, son las determinantes del eczema, que en su principio es amicrobiano. Las infecciones microcócicas *secundarias* del eczema son un hecho posterior y ajeno á la producción del mismo y que no tiene nada que ver con la génesis ó patogenia. Precisa que estos conceptos queden perfectamente definidos, para evitar confusiones, á las que siempre propende todo lo que hace relación á la eczematología.

Prosiguiendo en el estudio del eczema en el adulto, y procurando separarnos lo menos posible de nuestro programa, continuaremos consignando hechos sacados de la clínica, y de una perfecta aplicación al régimen del eczematoso. Si se hace, como en el niño, una detenida investigación en la *ingesta* del sujeto en cuestión y en su *excreta,* y se estudia minuciosamente la manera de funcionar los órganos y aparatos que tienen por misión el desempeño de actos tan trascendentales, nos encontramos con que el sujeto eczematoso en general está comprendido entre los que comen mucho, abusando de las carnes, condimentos, salsas, grasas, etc., abuso que se extiende igualmente á las bebidas alcohólicas y espirituosas. Dicho sujeto ó lleva una vida sedentaria, lo que determina una combustión incompleta de los alimentos que ingiere, ó el estómago y los intestinos son deficientes para digerir.

Por otra parte, el hígado, fatigado por el excesivo trabajo, y alterada su estructura celular por el atascamiento de los productos que, incompletamente elaborados, no puede filtrar, ó impotente ya para defender al organismo de la invasión que se le viene encima, y unida á esta impotencia hepática la renal que por los mismos motivos se origina, queda la piel como única puerta de salida, por donde la sangre elimina los principios que la envenenan. Esta es la primera batalla que tiene que librar la envoltura cutánea: he aquí el estado patológico del medio interno á que aludíamos hace un momento. Pues si esto tiene lugar dentro de lo fisiológico, sin que ningún órgano de los comprendidos se encuentre enfermo en su estructura, sino que únicamente está alterado en su función por anarquía alimenticia, ¿qué no sucederá cuando los mil y mil estados patológicos que pueden interesar á tanto y tanto órgano como entran á formar parte de esa serie de funciones maravillosas que constituyen la

nutrición se encuentran en estado patológico y, por lo tanto, en la imposibilidad de llenar su cometido?

Si el práctico quiere beneficiar á sus enfermos eczematosos con el consejo que de él solicitan, es absolutamente preciso que les instituya un régimen alimenticio basado en estos conocimientos, y así no verá caer por tierra un tratamiento local del que forma parte lo más escogido del nutrido repertorio que en sus archivos guarda la terapéutica de nuestros días.

La supresión de la carne es muchas veces precisa; otro tanto diremos del caldo de carne y de sus extractos. El vino y los alcohólicos deben prohibirse seriamente, y someter á los enfermos á una dieta lacto-vegetal.

No hagamos caso de la observación que á todas horas está en boca de ellos, acusando una *debilidad* que no es más que ilusoria, hija de la imaginación de un neurasténico, neurastenia á la que ha sido conducido por los desórdenes alimenticios, perturbadores de la nutrición. Con el régimen lacto-vegetal, y aun, mejor dicho, con el vegetal exclusivo, se corrige muchas veces la nutrición desviada, se descarga el organismo de múltiples toxinas y se restablece la armonía funcional.

Demostrado como lo está por los experimentadores que la carne es productora de toxinas y, por lo tanto, altamente perjudicial al sobrecargado de ellas, porque naturalmente aumenta su intoxicación; y siendo el artrítico un intoxicado, y la *braditrofia* contribuyendo al mismo fin, y sacando de este grupo de individuos los predispuestos al eczema ó los eczematosos confirmados, debe el médico disponer con toda severidad el régimen adecuado, teniendo por base los trabajos de Bouchard, cuya autoridad nadie podrá poner en duda, y cuya escuela ha reformado el concepto de la patología general.

Besnier, el maestro verdadero de todos los dermatólogos franceses y de muchos de otros países del último tercio del siglo pasado, y el que más ha contribuído á difundir la dermatología racional, si se me pasa la frase, por Francia, dice en la obra monumental (*La pratique dermatologique,* t. II, pág. 162 y siguientes) y en su magistral tratado acerca del eczema: «La mayoría de los eczematosos come demasiado ó demasiado bien, en desproporción con las combustiones que ejecutan, y basta casi siempre en ellos para obtener una modificación favorable disminuir por lo menos en la mitad la cantidad de carne que ingieran, no dándola más que á una comida solamente, restringir el total de alimentos ingeridos cada día, aumentar el gasto físico del individuo, favorecer sus evacuaciones y disminuir el peso del cuerpo dentro de las proporciones á determinar para cada sujeto en particular».

Además dice el gran dermatólogo francés: «La mayoría de las condiciones desconocidas que toman parte en el nacimiento, en la evolución, en la localización y en la particularización de los eczemas llamados *diatésicos* es sintetizada por lo que hoy se conoce con el nombre de *artritismo*». Artrítico *per se*, artrítico por herencia, el hecho es que este sujeto es, como dice Pascault, *clínicamente* un dispéptico (un hepático) ó un sobrecargado, *químicamente* un hiperácido, *fisiológicamente* un intoxicado.

Cada individuo—dice Legendre,—según su edad, su sexo, sus orígenes hereditarios, goza de una *tasa* nutritiva particular, llevándola muchas veces desde su nacimiento, diferente de la que caracteriza á otros individuos sanos de su edad, su sexo, su raza, estando por este hecho predispuesto de una manera innata á ciertas enfermedades de la nutrición. Esta circunstancia innata es lo más á menudo la reproducción por herencia de una modalidad nutritiva análoga á la de uno ú otro de los procreadores ó á la de los dos.

Ciertos sujetos, al nacer, tienen ya, pues, su sello de nutrición que les separa del tipo medio de los demás de su igual, y de cuyas desviaciones, según Legendre, se derivan probablemente los *temperamentos* y las *diátesis*; opinión análoga á la de Bouchard, quien define el temperamento diciendo que es todo lo que concierne á las variaciones individuales de la actividad nutritiva y funcional, y Legendre da la definición de la diátesis llamándola un temperamento *morboso*. Yo ya sé que todo esto es convencional, que no existe nada demostrado; pero yo lo acepto condicionalmente hasta nueva orden, y, en verdad, lo acepto con cierta simpatía, porque en la demolición de los conceptos antiguos médicos que se está llevando á cabo por los obreros de la química biológica y de la histo-bacteriología, parece que se respetan estas doctrinas, ó por lo menos se las reedifica con ligeras variantes apoyadas en hechos derivados de los trabajos de Bouchard y de su floreciente escuela. Es indudable, como expuse al principio, que yo no puedo adjetivar un eczema llamándole *artrítico* sin que caiga sobre mí un aluvión de reproches, por faltar á la lógica y á la clínica, y, sobre todo, por haber infectado el campo de la medicina moderna al abrir la puerta en donde yacían las putrefactas teorías de nuestros antepasados. Pero puedo decir que la clínica me ha enseñado, después de veinticinco años de estar viendo enfermos cutáneos, que el eczema (y lo repito á propio intento, llamando eczema á lo que lo es, no á esa multitud de dermitis que se engloban bajo esta denominación, y cuyo origen, curso, terminación y terapéutica difiere en absoluto del eczema) se desenvuelve en una proporción crecida, pero cuyo tanto por ciento no puedo precisar, en los sujetos del tipo descrito por Bouchard que llevan el sello de esa desviación nutritiva conocida por todo el

mundo médico con el nombre de artritismo. El hecho existe, y creo haberle observado sin prejuicios ni sugestionado por teorías más ó menos seductoras. Sin que la arrogancia me inspire, entiendo que he sido el primero que en España ha levantado la voz del localicismo en las enfermedades cutáneas, lo que no tiene nada de particular por mi educación dermatológica recibida. Hace más de veinte años, y cuando regresaba de Francia después de haber ampliado mis estudios dermatológicos al lado del profesor Besnier, traía recientes en mi imaginación las teorías del gran localicista Kaposi, profesor de Viena, y que en París eran aceptadas, si bien con ligeros reparos, por dicho profesor, quien á la sazón capitaneaba la escuela dermatológica francesa, y era, además, el traductor y comentarista del eminente maestro de Viena. Naturalmente, con estas enseñanzas, además de lo sugestivas que me resultaban dichas teorías, y al mismo tiempo también por dar una lanzada á las teorías humorales, que jamás pude entender, y que estaban en boga en nuestro país, no es de extrañar que ondease con entusiasmo la bandera localicista, haciendo mis primeras armas en la Academia Médico-Quirúrgica, en una conferencia donde expuse el tratamiento local del lupus tuberculoso por medio de la cauterización con el galvano. Allí sostuve que el lupus era una enfermedad local, y que su terapéutica había de ser local necesariamente, cosa que sigo creyendo y practicando. Pero en el eczema, me ha enseñado la clínica, concienzudamente observado, que este proceso no es una enfermedad local en absoluto, y que su terapéutica general ha de ser un ayudante poderoso de la local, sin que ésta se abandone jamás, puesto que en muchas ocasiones, lo confieso sin distingos, tiene una preponderancia soberana y nos sorprende con sus sobresalientes resultados.

Yo, en el actual período de mi vida médica, soy, lo repito, un fiel devoto de la escuela de Bouchard, donde comulgan Besnier, Brocq, Jacquet, Darier y otros campeones á los que la dermatología les es deudora de sus más preciadas conquistas. No se me oculta que es obra de romanos corregir un organismo cuya nutrición se ha desquiciado, porque, además de sus inherentes dificultades, se tropieza en general con que los enfermos no se someten á lo que ellos entienden tiranía médica. Suprimid el vino, los licores, el café y el tabaco; poned reparos al abuso en la cantidad de alimentos, al abuso en la calidad, y hacedles que prescindan de esos condimentos que obligan á comer, no para reparar las fuerzas perdidas y restituir á los órganos el préstamo realizado, sino para buscar un placer en el paladar, y veréis cuán desdeñosamente reciben vuestro prudentísimo consejo. Confiemos para llevar á cabo nuestros propósitos más en el régimen alimenticio que en la receta. Inspirémonos en Armand Gautier, en Jules le Grand, en Pascault, más que en la farmacología, y,

además de prevenir el mal, le combatiremos con gran ventaja. Seamos higienistas más que farmacólogos. Hagamos resistente al organismo, porque una vez enfermado y vencidas sus defensas naturales, labor grande es restituirles á su integridad. El progreso más evidente que la medicina ha realizado en nuestros tiempos ha sido el conceder á la higiene todos los honores que como madre única de la salud la corresponden, encargándola de los cuidados del hombre, desde la cuna hasta la vejez, haciendo órganos resistentes para que el todo sea resistente también, preparándole para los *sports*, aguerriéndole, acorazándole contra las infecciones, y preparándole de tal modo á rechazar la agresión de las mil causas de enfermedad que de continuo le rodean, que le sea permitido llegar á las edades avanzadas de la vida sin haber conocido las enfermedades, limitándose toda su patología á ligeras, á insignificantes indisposiciones. Es un ideal, sí; acaso se entienden estos conceptos como lirismos nacidos de delirantes imaginaciones; pero la clínica, la fisiología y la química biológica les sirven de base; sobre ellas se ha edificado la teoría, y es muy difícil echar abajo un edificio tan sólidamente cimentado. Yo repetiré hasta la saciedad que el eczema se desarrolla con pasmosa facilidad en el terreno labrado por el artritismo, sin que por eso yo diga que siempre el eczema es artrítico, ni que adjetive tampoco esta epidermo-dermitis de *artrítica*. Esto no lo puedo decir yo, esto no lo puede decir nadie en el estado actual de nuestros conocimientos; tal vez mañana se podrán hacer afirmaciones basadas en principios evidentes y en demostraciones. Hemos censurado, ó mejor dicho, reprobado los exclusivismos, malos en todos los órdenes del saber humano, pésimos en la medicina; juzgamos que el médico debe ser muy filósofo, poco superficial, aunque sea llevado á esta ligereza por nuestra situación geográfica y por nuestra condición. Hermanemos al laboratorio con la clínica, como gemelos que son. No formulemos teoremas basados en hechos incompletamente estudiados, porque las conclusiones que de ellos se deduzcan necesariamente llevarán el sello de la falsedad, llenando de errores un campo donde debe florecer la verdad con todo su esplendor y poderío. Yo hace ya muchos años que escribí en un libro que me presentaron al visitar un balneario, creo que en Fuente Caliente (Miranda), para que expusiera un pensamiento, y dije «que el artritismo sería con el tiempo el dueño de la humanidad». Después de los años transcurridos, no he hecho otra cosa que confirmar lo que allí consigné, y afianzarme más, mucho más en aquel concepto clínico genérico, y que hoy los estudios de la fisiología moderna y de la patología general desescombran del montón informe donde yacían acumulados, en confusa, en heterogénea amalgama, por la ignorancia disculpable y hasta justificada de nuestros antecesores.

La gota, la litiasis biliar, la albuminuria, la obesidad, la dispepsia, la neurastenia, etc., ramas todas del mismo árbol, todas derivando de un mismo origen, de un vicio de nutrición y, según la unanimidad de pareceres, por un exceso de alimentación azoada. Para nosotros pasa desapercibido el estudio de la alimentación, y es, sin embargo, una de las cuestiones capitales en las que debe fijarse todo el mundo. En Francia, en Inglaterra y en Alemania especialmente, habiendo reconocido la influencia que ejerce el género de alimentación en la raza, en el individuo y en su valor físico é intelectual, hanse formado sociedades poderosas con el fin de aportar reformas á la higiene alimenticia y extender sus estudios por todas partes, para que lleguen á conocimiento de la masa de la población, y predicando á los cuatro vientos, para que sean oídos desde la madre de familia en el hogar, el obrero en el taller, el maestro en su colegio, que, reglamentando la alimentación, obedeciendo ciegamente á los mandatos de la higiene en asunto de tan capital importancia, se criarán hombres fuertes y vigorosos, que contribuirán poderosamente al engrandecimiento de su patria.

LOS APRENSIVOS

Por D. Luis Ortega Morejón

PRÓLOGO

En ningún caso se hallará más justificado que en el presente la necesidad de un prólogo.

El texto que le sigue, se convino en llamarle discurso para darle carácter oficial en la reapertura del Ateneo. Mis amigos lo elogiaron, porque les parece bien todo cuanto hago, y luego se me han impuesto, obligándome á publicarlo, convencidos de que, en justa correspondencia á su leal afecto, soy capaz, como en la ocasión presente, de llegar hasta el sacrificio. Sólo así puedo explicar á los lectores la publicación de un deshilvanado conjunto de confusas ideas, donde podrán encontrarse elementos para escribir algo importante, pero no he podido hacerlo, primero, por ser yo, y segundo, porque es el fruto de sólo tres horas de trabajo, dictando lo que se me iba ocurriendo al escribiente de la Beneficencia municipal, D. Pascual Tarrero, quien será mi principal testigo de descargo.

Aunque mis amigos tienen la culpa, no quiero condenarles. Soy el único responsable por acceder. ¡Perdonadme!

I

Lo más importante de la Medicina práctica consiste en emplear los medios curativos más indicados en cada caso particular; y esta trascendental elección impone la necesidad de hacer en primer término un exacto diagnóstico. Pero no basta buscar, encontrar é interpretar los síntomas que conducen á la clasificación nosológica; es indispensable, y tan esencial por lo menos como el conocimiento de la enfermedad, la averiguación del estado psíquico del enfermo, pues hay algunos que ni se aperciben, ni comunican síntomas subjetivos fundamentales, ya porque no sean tan molestos, ó porque no procedan de órgano que preocupe su atención, y por lo tanto los callan, acusando, en cambio, únicamente fenómenos secundarios que desvían al médico del recto camino de la verdad. En efecto, hay bastantes que se quejan de lo que no tienen; otros que exageran lo que realmente sienten, y no pocos que disminuyen el número ó la intensidad de los fenómenos morbosos al hacer la relación de sus sensaciones, y por consecuencia de los elementos para formar el juicio clínico. Estas obligadas y sencillas consideraciones demuestran que, aun cuando el estudio teórico de la enfermedad es imperioso, se hace sentir todavía más el conocimiento práctico, que es más provechoso para el enfermo, más exacto para la verdad, más seguramente progresivo para la ciencia, y más satisfactorio para quienes tenemos la sagrada responsabilidad de las vidas que nos confían y del porvenir de la salud, que vale casi siempre más que la vida misma.

La vertiginosa rapidez con que se logran indiscutibles y admirables descubrimientos; las positivas conquistas que realizan las mal llamadas ciencias auxiliares, cuando son nada menos que hermanas y recíprocas de la Medicina; la división del trabajo que ha conducido por el obligado y provechoso camino del análisis á la especialización de los estudios; la actual preponderancia de los exactos aparatos físicos de investigación; los asiduos y notables trabajos de acreditados laboratorios, dirigidos por eminentes sabios, que estudian en honrosa competencia el descubrimiento de lo que inexactamente se ha convenido en llamar secretos de la Naturaleza, y no son otra cosa que constantes é inmutables fenómenos que muchas veces no vemos, otras despreciamos, y casi siempre no descubrimos, seguramente por no interpretarlos como son, sino como queremos nosotros, con arreglo á capricho, prejuicio ó apasionamiento; todo ello, á consecuencia de sus virtualidades admirables, ha conducido á deslumbrar las inteligencias, á encaminar las voluntades en determinada dirección de peligroso modernismo, á adormecer la me-

moria de los gloriosos recuerdos del pasado, en los cuales se hallan los principios fundamentales de la Medicina clínica, y entre ellos el más importante de todos, *la observación atenta del enfermo*, para percibir todos los signos, para apreciar todos los fenómenos, para interpretar todos los detalles, para relacionar todos los síntomas, para aquilatar con exactitud lo que padece, y decidir cuanto debe hacer y cuanto no debe hacer para curarse. Es tan grande la punible ligereza con que se hace la observación, que me inspira la atrevida idea de pensar que antes había mejores clínicos que ahora. ¡Quién sabe si muchos de los que pasan por notables no serían capaces de formular como aquéllos un exacto diagnóstico, si se les privara de termómetro, esfigmógrafo, fonendoscopio, cirtómetro, expirómetro, báscula, laringoscopio, rayos X, endoscopio, etc.! No rechazo ni dudo; al contrario, acato y admiro el progreso y la superioridad en la fijeza de los modernos aparatos que suprimen las diferencias, á veces enormes, de apreciación personal; pero este descanso del espíritu, esta seguridad en la exactitud de algunos hechos analíticos, conducen á que descuidemos la observación de otros, y no se deduzca debidamente lo que hay que separar como primordial de lo secundario; los síntomas causa, de los síntomas efecto; los datos sumitrados directamente por el órgano enfermo, de aquellos que dependen de complicados mecanismos reflejos. No basta tampoco adquirir objetivamente todos los elementos de juicio, ni dirigir sólo la anamnesia hacia la enfermedad que se sospeche por el síntoma predominante: es indispensable no descuidar la historia clínica anterior, ni la exploración de las demás regiones del cuerpo, *aunque no den síntomas*. Por olvidar esta indispensable línea de conducta, se dejan de descubrir con harta frecuencia antiguas, coincidentes ó consecutivas enfermedades que entorpecen el diagnóstico, equivocan el pronóstico y disminuyen ó suprimen el éxito del tratamiento. De eso me lamento, de eso protesto, y tiendo á remediarlo en el discurso á que me obliga el elevado cargo que represento en vuestro importante Ateneo. Buscando un tema digno de vosotros y que fuera nuevo, se me ha ocurrido bosquejar uno que puede ser muy útil á la humanidad, porque abarca numerosa clase de enfermos muy extendidos por todas partes y dignos de atención, de estudio y de tratamiento: me refiero á

LOS APRENSIVOS

II

Los aprensivos son de dos categorías: hay unos que sienten y consultan enfermedades imaginarias; que se quejan de síntomas que no se comprueban; que padecen fobias más ó menos intensas y duraderas, y entran de lleno en la especialidad de los neurópatas y

psiquiatras. De estos enfermos no he de ocuparme; voy á hablar de inmensa multitud de individuos que tienen lesión material y que sienten fenómenos de enfermedad orgánica; y aunque consultan una y mil veces con uno y con varios médicos, es calificada su enfermedad de histerismo ó neurastenia, considerándolos exagerados ó incurables. En no pocas ocasiones son pequeñas las causas que producen grandes efectos, y pasan desapercibidas porque no determinan síntomas locales. Así acuden á unos y á otros consultando fenómenos relacionados, ya que no claramente derivados de la causa verdadera del mal; pero la imaginación de estos enfermos, avizora á la defensa, descubre y presenta manifestaciones sintomáticas que desvían del verdadero diagnóstico, hasta que llega un momento en que, cansados de luchar, se entregan al enemigo, hipocondríacos y escépticos, convencidos de que su enfermedad es incurable ó de que los médicos les engañan ó son ineptos.

¡Desgraciados de los enfermos, y sobre todo de las enfermas, por ser más frecuentes, á quienes con punible ligereza se diagnostica de esta manera! Se tiene poco menos que por locos á los desgraciados que se quejan de síntomas cuya causa no se descubre, muchas veces por falta de relación entre la causa y el efecto, y muchas más por falta de atención y de estudio.

Hay que pensar en el brutal desamparo á que se condena á quienes sienten y padecen, y no son oídos y mucho menos consolados; á quienes se castiga con criminal abandono, con fría indiferencia, á falta de adecuado tratamiento, á consecuencia del impremeditado, inexacto, vergonzoso y rutinario calificativo general de *nerviosos;* palabra que no define, y sólo indica síntomas reveladores de enfermedad abstracta; procedimiento de que se vale la Naturaleza para exteriorizar su morbosidad. Diagnosticar de *nerviosos* no es hacer un diagnóstico, sino disculpar su omisión, y á pesar de ello se emplea con abuso, casi siempre de un modo provisional, que casi nunca se sustituye por el definitivo. ¡Pobre de la mujer que es calificada una vez de histérica!... Tal nombre parece ser el verdadero bautismal que la acompañará mientras viva, con más tenacidad que la sombra al cuerpo, pues la sombra al fin tiene momentos de desvanecerse y desaparecer, y en cambio el afortunado calificativo es tan implacable que la acompaña sin cesar; que acude á su memoria con los ensueños; que anula su esperanza de curación; que la priva de consuelo á sus sufrimientos; que cuando surge en ella el deseo de consultar á otro médico, si se accede á complacerla, la misma familia se anticipa á ser el eco del fatídico diagnóstico, el cual tiene el privilegio de paralizar el razonamiento científico desde que llega al oído, y muchas veces sin más estudio se repiten las palabras de ¡histérica!... ¡histérica!... ¡neurasténica!... ¡neurasténica!... ¡aprensi-

va!... ¡aprensiva!..., y en su consecuencia, el rutinario, monótono é ineficaz tratamiento de arsénico, formiatos, kola, glicerofosfatos, las persigue también como inevitables remedios, como cómplices de desesperanza en el alivio, como falsos amigos que otras veces engañaron.

Hace muchos años me viene preocupando esta importantísima cuestión que se mira con indiferencia por la mayoría de los médicos, aun siendo pocos, me atrevo á asegurar que ninguno, los que hayan escapado de alguna sorpresa desagradable en su ejercicio profesional; los que no conserven amargo recuerdo de alguna equivocación pronóstica; los que no sientan en su conciencia justicieros remordimientos, aunque por desgracia pronto olvidados.

Ya he dicho que no me refiero á las fobias ni á los neurasténicos: quiero señalaros otros muchos casos que pasan desapercibidos, aun teniendo lesiones evidentes, signos físicos apreciables, pero no siempre apreciados. Esto mismo ocurre algunas veces con desdichados enfermos que despectivamente se conocen en los hospitales con el nombre de *calandrias*. No se ha apartado de mi imaginación un soldado que ingresó varias veces en una sala del hospital militar de Madrid cuando yo tuve el honor de desempeñar en él un cargo de médico, y otras tantas se devolvía al regimiento porque *no tenía nada*: era un *calandria*, como legendariamente se califica á estos enfermos. Llegó un momento en que aquel pobre soldado *no podía más*, según manifestaba; y una mañana, poco antes de pasar visita el médico de la sala, se supo por el sanitario de guardia que aquel *calandria* había muerto. Le hice la autopsia por encargo del entonces director, Sr. Pérez de la Fanosa, y me sorprendió encontrar un extenso derrame pleurítico en el lado derecho, que dislocaba el corazón, que tenía aniquilado el pulmón correspondiente y reducido á una especie de muñón sólido é inextensible refugiado en el vértice de la caja torácica. La situación anatómica fué la que produjo la muerte repentina, como sucede en todos los demás casos en que brusca é inesperadamente sorprende un cuadro gravísimo en medio de la más perfecta salud aparente. Estad seguros de que no hay muertes repentinas. A aquel profesor, que era muy competente y pundonoroso, le costó una enfermedad, y acaso la vida, pues murió poco tiempo después, la sorpresa y el disgusto que recibió al comprender que por falta de estudio, por haber condenado á aquel infeliz al calificativo de *calandria*, pereció sin asistencia, sin atención, sin alivio y sin consuelo, cuando quizás se hubiera salvado de conocer á tiempo aquella enfermedad, de fenómenos patológicos tan evidentes, que el más ligero examen hubiera descubierto.

Hay muchos enfermos en los cuales no es tan fácil la comprobación, aunque se busque con interés y competencia la verdadera

causa del mal. Los especialistas saben bien que son muchos los casos que se presentan de individuos que se suponen enfermos del corazón, de los pulmones, de la medula, y no hay otra razón para explicar sus múltiples trastornos que una causa insignificante. A veces es una sencilla prolongación de la úvula, la más ligera desviación de la matriz, la existencia de vermes intestinales, para sostener durante años en vida angustiosa á muchas personas, que realmente están enfermas y necesitan tratamiento adecuado.

El Dr. Compaired ha publicado un caso de su consulta que comprueba mi opinión y robustece los consejos que voy á daros. El caso es el siguiente:

La esposa de un médico mayor de Sanidad Militar hacía mucho tiempo que presentaba variadísimos trastornos generales que la hacían creerse enferma, en distintas épocas, de diferentes órganos importantes. Su aspecto era sano, y menstruaba bien; su carácter, sombrío, poco comunicativo, y estaba calificada de *neurasténica* en alto grado. Nada tenía en el corazón ni en los pulmones, según Sañudo; nada en la matriz, según Gutiérrez, y la enferma cada vez se encontraba peor de su padecimiento. Por un enfriamiento al salir de bañarse en el mar, quiso que la reconocieran la garganta, por creer que tenía algo en ella, y su marido la llevó á la consulta del Dr. Compaired, pero no sin advertirle antes que lo hacía por condescendencia, pues sabía que se trataba de un mal imaginario, porque tragaba bien, no tosía y no aquejaba ninguna molestia local. A pesar de ello, el especialista encontró hipertrofiada la amígdala lingual, que cauterizó en varias sesiones, y con este sencillo tratamiento se la curaron todos los síntomas.

Otro caso: el número 8.804 de la consulta de la Policlínica del Refugio. Una modista de veinte años se acatarraba á menudo; había echado sangre por la boca varias veces; tenía inapetencia, falta de fuerzas y desnutrición general, cuyo conjunto sintomático la hacía pensar que estaba tísica, y la sumía en la mayor tristeza y abatimiento. Doctores afamados confirmaron el diagnóstico y la mandaron al campo, donde estuvo mucho tiempo, sin mejorar. Un día, acompañando á un sobrino suyo á la consulta del Dr. Compaired, quiso que la reconociera también, porque no respiraba fácilmente por las fosas nasales; y, en efecto, tenía vegetaciones adenoídeas de tipo respiratorio é hipertrofia de la cola de los cornetes inferiores. Se la operó, y á los dos meses estaba curada, gorda, con apetito, alegre y sin más catarros ni hemoptisis.

También el oído, por pequeños motivos, origina síntomas múltiples que simulan las más variadas enfermedades, pudiendo llegar á producir trastornos psíquicos é intelectuales.

Una profesora de piano llevaba tres años consecutivos de asiduo

tratamiento, considerada como *neurasténica*, por pertinaz insomnio, permanente cefalalgia, intranquilidad indescriptible, aturdimiento y mareos, pero sin sordera. Una tarde sintió picor insólito, intolerable, en un oído; se la reconoció, y tenía en ambos lados duros tapones ceruminosos, que, previo el reblandecimiento con glicerina, fueron extraídos, y desde entonces se curó de todo, sin que haya vuelto á necesitar medicación alguna.

Aún más interesante es el caso de tos auricular del mismo especialista. Sin causa á que atribuirlo, y sin padecer nunca de catarros, un enfermo tenía desde dos años antes tos pertinaz que se presentaba por quintas frecuentes y prolongadas, lo mismo de día que de noche, seca en un principio y de escasa expectoración después, dolores contusivos en el pecho y espalda en forma de cinturón, incapacidad física por fatiga corporal, pero no respiratoria, para toda clase de trabajos materiales. Ausencia de fiebre todo el tiempo. Había perdido la fe en la Medicina y en los médicos; pero, no queriendo abandonarse, acudió á nuevo reconocimiento y dirección facultativa durante once meses, en cuyo tiempo sólo se apreció estertores mucosos en los gruesos bronquios, que no eran constantes ni fijos. Después de tanto tiempo de reconocimientos infructuosos y tratamientos ineficaces, observó el médico, por casualidad, que oía bastante menos con el oído derecho; y preguntado, contestó que hacía cuatro años había sufrido un golpe de ola bañándose en San Sebastián, cuyo golpe le produjo pérdida del conocimiento y después dolores en el oído derecho y supuración no muy abundante por espacio de un mes, quedándole desde entonces dureza auditiva en dicho lado. Al reconocerle, se le observó el conducto muy estenosado, tumefacto, seco y muy sensible, y en el fondo un cuerpo extraño duro y negruzco, adosado á las paredes, aunque movible al estilete. La agudeza auditiva era de unos 30 centímetros. Extraído el cuerpo extraño, resultó ser una pequeña concha de la playa; y á los dos meses y medio, sin haberse empleado otro tratamiento, se suspendió definitivamente la tos.

¡Cuántos aórticos y, por consecuencia, amenazados de muerte repentina por hemorragia cerebral ó angina de pecho han acudido á mi consulta diagnosticados de neurasténicos!

Algunos he visto apreciados como neurósicos por presentar alteraciones en el carácter y temblor en las manos, y han continuado padeciendo la enfermedad de Basedow, que seríamos más justos en llamar de Flajani.

No quiero hablar de la eneuresis nocturna, tan frecuente en la clínica, ni del citoespasmo, que, calificado de neurosis, se convierte más tarde en cistitis tuberculosa ó en alguna enfermedad del útero ó del recto, ni de la neuralgia renal, que luego resulta ser el sínto-

ma primero de incipiente tabes ó premonitor de la expulsión de un cálculo. Esta manifestación litiásica expone á graves equivocaciones. Puede tratarse de un ataque ligero y persistente que determine síntomas nerviosos prodrómicos durante algún tiempo, constituídos por insomnio, palpitaciones, excesiva impresionabilidad ú otros diversos fenómenos espasmódicos. Puede ser más intenso y no ocasionar, sin embargo, el síntoma importantísimo de intenso dolor local, apareciendo, en cambio, en regiones distantes, y dando lugar á diversos trastornos funcionales en lejanos aparatos orgánicos, como náuseas, vómitos é indefinido malestar. Puede ser todavía más intenso el ataque calculoso, y revelarse desde luego por convulsiones ó síncope que amenacen inmediato y funesto desenlace.

La angustia cardíaca advertida por el enfermo, y á veces comprobada por signos que descubre una minuciosa observación, no siempre procede de un fondo lesional apreciable, localizado en el aparato circulatorio mismo; puede estar fuera de él, en órganos más ó menos íntimamente relacionados ó en estados generales de anemia, retardos nutritivos, intoxicaciones, etc.

El corazón, como los demás órganos, no son más que instrumentos de funciones que dan síntomas para exteriorizar la enfermedad; pero es necesario buscarla, fijándose cuidadosamente en los primeros fenómenos y analizando con método la causa más probable, porque un síndrome complejo, que no revele una especie nosológica definida, es el producto de complicados engranajes y reflejismos que sólo anuncian la patogenia primordial, y, por tanto, dificultan ó imposibilitan el diagnóstico.

No hay disculpa científica, sin embargo, para no encontrar la relación causal y patogénica en las manifestaciones clínicas.

Las taquicardias, las bradicardias y las arritmias, ya sean de número, de fuerza ó de forma; las intermitencias verdaderas ó falsas no son más que avisos funcionales de causas internas que la clínica nos obliga á estudiar y que muchas veces encontramos, ya en los huesos de la cabeza, en las meninges, en el cerebro, en el bulbo, en la medula, en los ganglios simpáticos, en los nervios, en procesos tóxicos, de alcohol ó tabaco principalmente, en reflejos gastrointestinales, uterinos, renales ó hepáticos, en lesiones cardiovasculares más ó menos incipientes, en arterio-esclerosis bulbares, en pericarditis latentes, en adenopatías mediastínicas, en bridas cicatriciales, en tumores ó abscesos, en aneurismas que comprimen los filetes reguladores, en mil motivos más que sería prolijo enumerar.

Los aneurismas de la aorta pueden no determinar, durante algún tiempo, más que vómitos por compresión del pneumogástrico; dilatación pupilar por la del gran simpático; trastornos de deglución por la del esófago; disnea por la de algún bronquio, general-

mente el izquierdo; neuralgia intercostal persistente por la del nervio inmediato; y, sin embargo, la enfermedad continúa su curso hasta que el conjunto de síntomas ó la agravación del enfermo obliga á reconocimiento minucioso.

Las infinitas variedades clínicas de muchas especies nosológicas nos obliga á buscar, á través de los síntomas más complejos, el porqué patogénico de las alteraciones apreciadas en el enfermo.

Una sencilla alteración digestiva puede desequilibrar el sistema nervioso, determinando fenómenos psíquicos, como tristeza, menor voluntad, depresión cerebral. ¡Cuántos dispépsicos, dilatados, ulcerosos, ectopiados, enteroptósicos y verminosos, sobre todo estos últimos, y especialmente por botriocéfalo, suelen llegar á la enajenación mental! Al mecanismo reflejo se suma la intoxicación del sistema nervioso en la dispepsia grave, y aparecen fenómenos de sobrexcitación, convulsiones y delirio, que después dejan su puesto á la postración, somnolencia y coma.

La úlcera del estómago es uno de los procesos que determina mayor complejidad; y cuando falta la gastrorragia es muy difícil hacer el diagnóstico, sobre todo en una joven anémica.

Hay una enfermedad muy extendida, de principio tan insidioso que jamás asistimos á sus comienzos: me refiero á la diabetes. Son muchas las personas que no sienten nada ó sólo ligera laxitud; otras se quejan de neuralgias del trigémino ó del ciático, que se achacan al frío, al reúma, á impresiones morales ó á otras causas ligeras. En algunos casos tienen depresión intelectual, insomnio tenaz, persistente dispepsia, impotencia genésica, agotamiento muscular, todo lo cual anuncia algo que no se busca ó no se encuentra, y muchas veces lo primero ostensible de la enfermedad es un estado gravísimo, sin anuncio previo, caracterizado por falta de conocimiento y de sensibilidad é inmovilidad pupilar, respiración de Cheyne-Stockes, sopor y depresión profunda: es el coma diabético, que desde la aparente salud más perfecta conduce rápidamente al sepulcro.

Otro tanto pudiera decirse de ignoradas enfermedades renales con desatendidas manifestaciones de uremia crónica, que terminan de la misma manera.

El presentarse muchas fobias con fenómenos diversos, hasta los más graves, y encarnar en enfermos de larga duración que, con persistentes síntomas, persiguen y agobian á los médicos, ha dado lugar al triste caso de desatender muchas veces cuadros análogos que tienen su origen en indiscutibles lesiones orgánicas.

Esto hace difícil diagnosticar con seguridad de acierto, y casi imposible si se hace de prisa.

Os lo voy á demostrar con un síntoma cualquiera, con el dolor

de cabeza, por ejemplo. Por ser uno de los que observamos más á menudo estamos familiarizados con él y casi nunca le damos importancia, aunque muchas veces tiene gran trascendencia semeiológica. Su frecuencia es tan grande, porque se presenta con motivo de las más variadas causas, desde el más ligero constipado hasta la más grave intoxicación, y porque la cabeza es una región muy complicada, compuesta de importantes partes anatómicas, como el encéfalo, membranas meníngeas, huesos, periostio, aponeurosis, músculos, vasos y nervios y piel muy gruesa y vascular, y todas ellas susceptibles en alto grado de producir dolor, ya por causa directa ó indirecta, local ó refleja. En él influyen el temperamento, pudiendo determinarle en algunos individuos la menor disminución de presión barométrica, un insignificante esfuerzo, un ligero golpe de tos, algún día de estreñimiento, la más ligera insolación, el uso del iodo, del opio, del alcohol ó de la quinina. Su justa interpretación se dificulta más por no haber en clínica un aparato registrador que marque su sitio, intensidad, extensión, grados, profundidad y marcha, y por tratarse de un fenómeno subjetivo y por no guardar relación la intensidad con la importancia pronóstica, pudiendo ser intensísimo en una indigestión é insignificante en la inminencia de un acceso pernicioso ó de la tuberculosis de las meninges.

Es síntoma de las más opuestas enfermedades, como la congestión y la anemia. Puede ser circunscrito ó difuso, y éste desigualmente repartido en las regiones craneales. Esta forma se encuentra en la anemia, reumatismo epicráneo y afecciones febriles, adquiriendo violencia excepcional en algunas enfermedades infecciosas, como el tifus, fiebre perniciosa, ictericia grave, escarlatina y viruela, y en ciertas intoxicaciones, como las del óxido de carbono y de la uremia; pero su máximo de intensidad lo determina la inflamación de las envolturas del cerebro, sobre todo cuando llegan rápidamente á la supuración, y en la meningitis cerebro-espinal, sin duda porque en ella á las causas centrales de dolor se agrega el intenso producido por la contractura de los músculos de la nuca. En este caso tiene poca influencia la impresionabilidad del sujeto, y no guarda relación con la elevación febril, pues hasta puede faltar.

La simple pesadez de cabeza, *cerebaria* de los antiguos, puede proceder de coriza, de estreñimiento, de la presencia de vermes intestinales ó de hiperemia.

La forma circunscrita suele ser más tenaz que la difusa, pero, como ella, aparece también en las más opuestas enfermedades. Es la *cefalea* de los antiguos, con cuyo nombre indicaban al mismo tiempo intensidad, persistencia y localización. El sitio del dolor no revela siempre el de la lesión, estando, sin embargo, más relacionado con las lesiones cerebelosas.

En estas circunstancias, el principal carácter es la persistencia local con paroxismos en los cuales el dolor se irradia al resto de la superficie del cráneo: su causa más frecuente es la sífilis, y muy cerca de ella las afecciones cavitarias de las órbitas, senos frontales, apófisis mastoides y peñasco.

No he de citaros todas las causas; pero quiero hablaros de dos enfermedades de pronóstico bien distinto, en que es persistente y muchas veces el único síntoma. Me refiero al reumatismo epicráneo y á los tumores cerebrales. El primero es muy frecuente, porque la aponeurosis epicránea es una lámina fibrosa, muy extensa, superficial y poco defendida, expuesta constantemente á alternativas de temperatura por las atmosféricas y los saludos, sobre todo en los calvos. Su íntima conexión con la gruesa y vascular piel de la cabeza, explica la frecuencia con que la hiperemia del tejido celular subcutáneo produce, por compresión, dolor que se propaga á las extremidades de los nervios periféricos.

Los fuertes tejidos fibrosos procedentes de los poderosos músculos que sostienen en equilibrio la cabeza también son sitio frecuente de localización, sobre todo cuando la vida sedentaria aniquila los demás y exagera la función de éstos en personas cuya profesión ú oficio les obliga á la tensión permanente de los músculos de la nuca. Este síntoma es más frecuente en los miopes, por tener que hacer más fuerza de palanca para sostener la cabeza.

En el tumor cerebral es el síntoma más precoz y constante, por lo común bilateral, y al principio no muy intenso. Casi nunca se localiza, como no sea en los de la fosa posterior, según he dicho.

Es muy sospechoso en aquellos que no han tenido dolores de cabeza y se presenta brusco, persistente é inexplicable.

El retardo del pulso, expresión de la excitación del centro del pneumogástrico, directa ó indirectamente, es también muy frecuente y muy expresivo, sobre todo cuando se acompaña de vértigos y vómitos independientes de alteraciones digestivas.

El estado que podemos llamar *nebuloso* de la tuberculosis determina estímulos inconscientes que crean variados *neurosismos*, como únicos síntomas que llaman la atención, á pesar de ser el espejo en que se reflejan hondos procesos matadores del enfermo; pero aquí se da el extraño fenómeno de que al tuberculoso incipiente le aterra la idea de estar atacado por tal enfermedad, y según progresa la intensidad de la lesión anatómica y se agrava el estado general, parece que un velo oculta el peligro á medida que se acerca; y en los períodos desesperados, cuando está más cerca de la muerte, es cuando se halla más tranquilo, cuando no piensa en que puede ser tuberculoso, cuando planea proyectos á larga fecha, cuando la ilusión le hace soñar despierto.

Ya he indicado que la complejidad sintomática enmascara y oculta muchas veces los síntomas que proceden directamente de la lesión causal. A ello contribuye infinidad de razones, entre las cuales figura en primer término la inmediata y directa relación del sistema nervioso con todos los órganos, cuyas funciones dirige y regula, al mismo tiempo que recibe de ellos la impresión de su estado anatómico y dinámico. Influye también notablemente la íntima armonía que existe entre los nervios y la sangre, comprobada desde el síncope que sucede á una insignificante hemorragia, hasta las pertinaces neuralgias, complejas parestesias, melancólicas psicosis, repetidas convulsiones, que se juzgan casi siempre como neurosis esenciales, y dependen muchas veces de alteraciones cloróticas, evidenciadas fácilmente por un sencillo análisis hemático, otras de la anemia de involución de no pocos viejos, algunas son tóxicas como la del saturnismo, ó infecciosas como la palúdica, y en no pocos casos de continuas pérdidas de sangre, algunas veces ignoradas hasta por el mismo enfermo, ó de pérdidas invisibles que no se revelan al exterior, ó determinadas por los anquilostomas.

Así como el aparato cardio-vascular tiene sus nervios aceleradores é inhibitorios, hay también glándulas vasculares sanguíneas cuyas secreciones, á juzgar por la fisiología experimental y por la patología, tienen secreciones antagonistas, y con tales y otros objetos funcionan los ganglios linfáticos, la glándula timo, la tiroides, los ovarios, á los que se asigna la secreción de un producto regulador y tónico del sistema nervioso, y las glándulas suprarrenales y paratiroídeas.

No se extrañará, después de estas consideraciones, que tenga yo el firme convencimiento de que todas las manifestaciones que dejen de ser emotivas, accidentales y pasajeras, para transformarse en estables, no pueden proceder jamás de patogenia meramente neurósica; la misma tetania, las epilepsias, no son más que cuadros sintomáticos de lesiones orgánicas. No existen, en el sentido *esencial*, ni el histerismo ni la neurastenia; no son enfermedades *sine materia*. No dependen de patogenia desconocida; es que muchas veces ó no la buscamos ó no la descubrimos.

Antes de separarnos me permito daros el consejo de que no os satisfaga ningún diagnóstico que no esté muy razonado y pueda modificarse estudiando los mismos síntomas de otra manera. Que cuando tengáis enfermos dudosos, y, sobre todo, cuando os consulten los que se juzgan como aprensivos ó neurasténicos, no dejéis de analizar su orina, por si se descubre en ella azúcar, albúmina, acetona, cilindros ú otros elementos que aclaren el caso. Reconoced bien el vientre, por si se trata de riñón flotante, enteroptose ó dislocación de otros órganos abdominales. Auscultad la aorta, y podréis evitar,

ó retrasar al menos, una hemorragia cerebral ó grave angina de pecho. Algunas neuralgias intercostales tenaces dependen de compresión por aneurisma, y debéis siempre investigarlo. Enteraos bien de que no hay enfermedades uterinas, ni embarazo, ni vermes intestinales, ni estreñimiento, con ó sin estercoremia, antes de soltar la palabra *neuropatía*. Fijaos bien en si se trata de infectados ó intoxicados, ya por medicamentos, por tabaco ó alcohol, ó influídos por elementos microbianos, sobre todo palúdicos. No descuidar la investigación de la sífilis, cuya causalidad es muy frecuente, pues hay enfermos que la ocultan, la ignoran ó la olvidan; á falta de mayores comprobantes, acudid al reactivo clínico de la terapéutica.

En los niños son frecuentes las vegetaciones adenoídeas, y pocas veces se diagnostican. Los llamados fenómenos naturales de la dentición *no existen;* siempre significan enfermedad que hay que descubrir y tratar.

Las muchas ocupaciones de diversa índole que minuto tras minuto absorben mi tiempo, me han imposibilitado de proporcionar goces á mi espíritu, entre los cuales figuraba en primer término el paternal incomparable de inaugurar en tiempo oportuno este ilustre Ateneo.

También hubiera querido dedicar tan extenso, completo, metódico y razonado discurso como se merece el tema, que sólo he podido esbozar; pero me daré por satisfecho si no salís de aquí con la indiferencia que conduce al olvido de un acto que pasó, siquiera sea tan hermoso y satisfactorio para todos nosotros, como hemos demostrado concurriendo á él.

Repito que no he podido hacer otra cosa que iniciar el tema; pero estoy seguro de que inteligentes, instruídos y concienzudos como sois, no os hace falta tanto, si necesitáis algo, para comprender cuál es el alcance de mis palabras y agregar en cada parte del discurso lo que yo he dejado de decir, y principalmente cuando os halléis al lado de alguno de esos enfermos á quienes he dedicado mi trabajo de hoy, que someto gustoso á vuestro juicio benévolo.—He dicho.

EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE LA VEJIGA URINARIA

Conferencia celebrada el día 17 de Enero de 1907

Por el Dr. L. González Bravo
Del Instituto Rubio.

Señores: Cumpliendo con el encargo de nuestro Director, he de molestar á ustedes en el día de hoy, ocupándome del cáncer de la vejiga de la orina.

Este asunto ha preocupado y sigue preocupando á los cirujanos de todos los tiempos, y más que á todos á los del presente, por la gravedad que encierra el pronóstico de tal neoplasia; y prueba de ello, las investigaciones y los ensayos que se vienen haciendo para curarle por otros procedimientos que los quirúrgicos, sin conseguirlo hasta ahora.

Por lo que hace á la vejiga urinaria, creemos que es una enfermedad local, con poca tendencia á la generalización, y, por lo tanto, que, operado precozmente, debe curarse.

Según Albarrán, la operación radical no presenta garantías de éxito sino cuando se pueden extirpar todas las partes enfermas. Será preciso, pues, que el cáncer no se haya extendido á los tejidos vecinos ni propagado á los ganglios.

Para que se cumplan estas dos condiciones, es necesario que el diagnóstico sea precoz, y esta precocidad no se adquiere sino haciendo un estudio detenido del enfermo y de la enfermedad, poniendo á contribución todos los recursos que nos suministra la clínica tradicional y moderna con sus poderosos medios de investigación, haciendo detenido examen de los síntomas funcionales y de los signos físicos recogidos á la cabecera del enfermo, asunto éste tan bien estudiado por Guyon y sus discípulos Feré, Pusson, Bary y Albarrán, en cuyos trabajos nos hemos inspirado.

Los tumores epiteliales es la variedad más común: afecta con más frecuencia al hombre que á la mujer, y se presentan entre los cuarenta y los sesenta años, ocupando, generalmente, el segmento inferior de la vejiga.

SÍNTOMAS FUNCIONALES

La hematuria de los neoplásicos vesicales es un síntoma precoz y casi constante, que falta muy raras veces, y cuyos caracteres tienen tal significación, que, estudiados detalladamente, llegan á darle un valor casi patognomónico. Se presenta por lo general espontáneamente, sin causa apreciable, sin que el ejercicio ó el esfuerzo la provoque, ó después de un largo descanso. En otras ocasiones la provoca una causa bien determinada, como, por ejemplo, un cateterismo, aun cuando se haya hecho con la mayor prudencia; y en este caso existe siempre desproporción grande entre la causa y el efecto. No existe dolor ni frecuencia en las micciones. Desaparece con la misma espontaneidad con que se presentó; cesa bruscamente, sin transición; las orinas, antes sanguinolentas, quedan limpias; ni el reposo, ni el régimen, ni las medicaciones más enérgicas, la modifican en nada.

La intensidad de la hematuria es variable: por lo general es

abundante, y frecuentemente observamos grandes hemorragias que, prolongándose semanas y meses, conducen á los enfermos á la anemia más pronunciada. La sangre en estos casos no está íntimamente mezclada con la orina, y cuando su cantidad pasa ciertos límites da lugar á la formación de coágulos de volumen variable, que cuando son múltiples y de gran tamaño producen distensión de la vejiga y retención de orina, siendo en tales casos preciso vaciar la vejiga de coágulos aspirándolos con la jeringa para evitar la congestión y, con la congestión, la hematuria.

La duración de la hemorragia es generalmente larga, de varios dias, de semanas y hasta de meses; sin embargo, no es raro ver, sobre todo en sus comienzos, que duren el espacio de una sola micción ó uno ó dos días.

El intervalo que separa los períodos hematúricos es largo en algunas ocasiones, citándose casos de haber transcurrido ocho, diez y hasta veintiocho años, en un caso Bary.

Por último, las hematurias vesicales presentan un carácter que les da un valor semeiológico de primer orden; este carácter es el de estar más coloreadas las últimas porciones de la micción, es decir, que la hematuria es terminal. Este es el carácter propio de las hematurias vesicales; sin embargo, las grandes hemorragias renales pueden simular este carácter, pues descendiendo la sangre á chorro por el uréter en tanto que se vacía la vejiga, colorea tanto más la orina cuanto menos líquido queda en ella, y las últimas gotas son de sangre pura. Para esto es necesario que la hematuria sea excesivamente abundante, fenómeno que es extraordinario. Guyon aconseja para estudiar este hecho que se haga orinar al enfermo en tres copas, recogiendo en la tercera las últimas gotas de la micción, y en ella se puede apreciar que están fuertemente coloreadas. Otro modo de apreciarla, indicado también por Guyon, consiste en introducir en la vejiga una sonda de Nélaton y recoger en tres vasos separados el líquido que se vierte por ella: si la sangre proviene de una neoplasia, el recogido en el último vaso es el de coloración más acentuada. Si todavía existe alguna duda, no hay más que cerrar la sonda, practicar la palpación bimanual y retirar después la sonda cerrada, y al vaciarla se ve que el líquido que contiene es sangre pura.

En resumen: según Guyon, los caracteres que dan á este síntoma su valor semeiológico y verdaderamente patognomónico son la aparición espontánea, sin causa apreciable, sin trastorno anterior de la micción, la reproducción fácil y frecuente, su larga duración y la resistencia á todas las medicaciones.

En las neoplasias de que nos estamos ocupando la cistitis es en algunas ocasiones el síntoma primitivo (30 por 100 según la estadís-

tica de Albarrán), sobre todo en los neoplasmas infiltrados. En éstos, cuando llegan á adquirir un gran volumen, puede adquirir en poco tiempo tal intensidad, los sufrimientos ser tan violentos y las micciones tan frecuentes, que justifiquen la talla paliativa.

Aun cuando Thompson asigna cierto valor al síntoma dolor, considerándole como un signo precoz de los tumores malignos, éste no tiene gran importancia. Los neoplasmas malignos de la vejiga son generalmente indolentes, según Guyon, mientras no pasen los límites de la vejiga, siendo de tener muy en cuenta las sensaciones dolorosas debidas al tumor en sí mismo de las producidas por la cistitis ó por la retención de orina.

El examen de las orinas después de las crisis hematúricas suministra un solo dato de verdadera importancia cuando llevan con ellas ya elementos figurados cuyo estudio microscópico puede aclarar el diagnóstico, ya trozos de tumor apreciables á la simple vista.

La cantidad está en relación con las complicaciones renales secundarias, determinando en él una pielo-nefritis ascendente en los períodos infecciosos ó la retención cuando la neoplasia está en la embocadura del uréter. El olor de las orinas sólo se modifica cuando hay cistitis: entonces la orina séptica, bañando el tumor, adquiere un olor insoportable que recuerda las maceraciones cadavéricas.

Según Albarrán, Guyon y Guersant han hecho notar una particularidad en algunas orinas de los neoplásicos: la fibrinuria, que consiste en la tendencia á transformarse en una masa gelatinosa poco tiempo después de su emisión. Esta gelatinización de la orina sería debida á la gran cantidad de fibrina que contiene; y para explicarla se invoca la trasudación del plasma á través de las paredes delgadas de los tumores vellosos; esta trasudación se facilita por el tenesmo, que haciendo contraer la túnica muscular de la vejiga, dificulta la circulación de retorno del neoplasma.

El examen microscópico de las parcelas y fragmentos expulsados tiene, como hemos dicho antes, una verdadera importancia; y cuando se encuentran, basta por sí solo para diagnosticar no sólo la existencia, sino la naturaleza probable del tumor.

Últimamente, el examen microscópico de la orina tiene gran utilidad, revelando en algunas ocasiones la existencia de una gran cantidad de células epiteliales, atípicas, pequeñas, poliédricas, muy irregulares, que por su abundancia pueden enturbiar una orina aséptica, y por la que no existiendo leucocitos ó existiendo algunos escasos, se deberá pensar en la existencia de un tumor.

SIGNOS FÍSICOS

Estos nos los proporcionan el cateterismo, el tacto rectal ó vaginal, combinado con la palpación abdominal y la cistoscopia.

Ante todo, hemos de manifestar que tanto el cateterismo como la cistoscopia deben ir precedidos de la más rigurosa asepsia, tanto de los instrumentos como del enfermo y del cirujano, pues saben ustedes lo fácil que es la introducción de gérmenes por medio de los instrumentos, y lo temibles que son las cistitis en los neoplásicos, á causa de lo difícil que es destruir las colonias microbianas en las anfractuosidades de un tumor.

Los datos que nos proporciona el cateterismo son de gran importancia. El explorador flexible de bola olivar, por el que debe empezarse siempre la exploración, nos informa del calibre de la uretra y de si éste es suficiente para dejar paso al cistoscopio, de la longitud de la uretra prostática y del relieve que ésta haga á la entrada del cuello de la vejiga; y una vez que penetra en este reservorio, podemos apreciar si en él existe líquido, y el grado de sensibilidad de la pared vesical. En algunas ocasiones, la sensación de un cuerpo que se mueve nos hace pensar en la existencia de un tumor pediculado ó de un coágulo.

En todo caso, debe hacerse el cateterismo con la sonda blanda de Nélaton, y habiendo hecho orinar previamente al enfermo, nos informaremos por ella del grado de retención urinaria, si existe, y del carácter terminal de una hematuria, y de cuya importancia semeiológica y de la manera de estudiarla ya nos hemos ocupado. Algunas veces sucede que la sonda se obtura porque las paredes de la vejiga vienen á aplicarse contra su abertura, é introduciéndola un poco, retirándola, vuelve á salir la orina; si á pesar de esta pequeña maniobra sigue obturada, debemos pensar en la presencia de un tumor ó de un coágulo; para remediar este accidente, se inyecta con la jeringa un poco de líquido, que por lo general aparta el obstáculo. Si esto se repite, es preciso recurrir á la sonda de la litotricia para evacuar la vejiga y desembarazarla de coágulos, para que el tacto rectal pueda apreciar el espesor de sus paredes.

El cateterismo con explorador metálico presenta pocas indicaciones, sobre todo desde que la cistoscopia ha entrado en la práctica corriente de las exploraciones de las vías urinarias. Albarrán piensa, y á mi modo de ver muy exactamente, que sólo en el caso de un tumor voluminoso que provoque una hematuria tan considerable que el cistoscopio no pueda emplearse, podría conducirnos á probabilidades de diagnóstico.

Si á pesar de todo, el cateterismo metálico fuese necesario, entonces debe practicarse con la mayor prudencia fuera de las crisis hemorrágicas, y después de un reposo en cama, usando con preferencia el explorador macizo de Guyon, á fin de no herir la superficie friable del tumor.

Por él percibimos la sensación de rugosidad ó de desigualdad de

la superficie interna de la vejiga, y á veces el grado de espesor de sus paredes.

El tacto rectal y la palpación abdominal aislados no tienen gran valor; es preciso combinarlos para sacar algún provecho de ellos; procediendo de esta manera y una vez evacuada la vejiga, podemos apreciar el aumento de su volumen, que si es unilateral adquiere un gran valor en favor de la existencia de un tumor.

La infiltración da la sensación de una placa dura y menos flexibilidad de la pared, que contrasta con las sensaciones percibidas en el lado opuesto; por lo tanto, este medio de explorar nos permite descubrir el volumen de la neoplasia, la infiltración y la extensión de sus relaciones con la pared.

El examen cistoscópico nos da á conocer el sitio de implantación, para lo cual es preciso orientarse, buscando los orificios ureterales y la situación del cuello, que son los puntos de relación necesarios para determinarle. Los epiteliomas de la vejiga se desarrollan con más frecuencia en el segmento inferior y en las vecindades del uréter, según ha demostrado Albarrán.

La determinación del volumen es más difícil, pues aparecen más grandes ó más pequeños según la distancia á que se hallen de la abertura del prisma.

El punto más importante es determinar la naturaleza histológica del tumor y también el más difícil: el endoscopio no puede dar más que apariencias; no hay concordancia entre el aspecto macroscópico y los caracteres histológicos. Los tumores pediculados se consideran benignos, por lo general, y los sesiles, que comúnmente son irregulares ó lobulados, se estiman como cánceres.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hemos visto la importancia que tiene el síntoma hematuria en el diagnóstico de los cánceres de la vejiga: por él empieza en la mayoría de los casos, y es el único que domina durante un espacio de tiempo más ó menos largo. Sin embargo, en algunas ocasiones puede faltar, ó presentar caracteres anormales que hagan difícil el diagnóstico.

Por otra parte, hay afecciones del aparato urinario que presentan caracteres análogos á los de los cánceres epiteliales, ó bien las paredes de la vejiga, alteradas en su constitución, dan á las sensaciones apreciadas por el tacto rectal caracteres tales que simulan una neoplasia.

Por estas consideraciones comprenderéis la importancia que tiene el establecer el diagnóstico diferencial entre estas afecciones y los cánceres, para determinar nuestra conducta terapéutica.

Las cistitis crónicas, sobre todo cuando van acompañadas de hematurias intermitentes y en ocasiones abundantes, que simulan la espontaneidad de las hematurias neoplásicas, la tuberculosis vesical y los tumores del riñón, son las afecciones que hacen este diagnóstico más delicado y difícil. La hipertrofia y el cáncer de la próstata, los cálculos vesicales y las hematurias de los países cálidos pueden también presentar caracteres que den lugar á dudas.

La cistitis blenorrágica aguda es difícil confundirla con los cánceres, aunque vaya acompañada de hematuria al fin de la micción. Tiene su causa próxima, evidente, seguida de fenómenos dolorosos característicos; pero la crónica, cuando, además de las hematurias intermitentes, las paredes de la vejiga han sufrido alteraciones profundas, y en algunos casos antiguos la mucosa es asiento de formaciones papilares; cuando los dolores son persistentes, y en ocasiones tan violentos como los de las neoplasias, puede cometerse error, no sólo después del tacto rectal, al cual el espesor de la pared vesical le da la sensación de una infiltración, sino después de la exploración digital de la vejiga, y aun después de practicar la talla hipogástrica, cuando las lesiones están á la vista. A pesar de todo esto, el diagnóstico puede esclarecerse inquiriendo cuidadosamente las antecedentes del enfermo y recordando que muchas veces pasan desapercibidas las uretritis crónicas profundas.

La cistitis en los neoplásicos aparece generalmente á consecuencia de un cateterismo; en otras ocasiones se desarrolla espontáneamente, sin que pueda apreciarse la causa. De todas suertes, lo general es que la hematuria preceda á la cistitis.

La existencia de gran cantidad de células epiteliales ó de fragmentos de tumor revelados por el examen histológico de la orina, son de utilidad en estos casos; en cambio la investigación bacteriológica nada esclarece, porque en la cistitis crónica blenorrágica no se encuentra el gonococo.

La tuberculosis vesical ordinariamente se distingue, en los casos corrientes de los tumores de la vejiga, por la diseminación génito-urinaria de las lesiones tuberculosas que invaden por regla general los epidídimos, la próstata, la vejiga y las vesículas seminales, éstas más precozmente; el riñón está frecuentemente invadido, y, por fin, las lesiones pulmonares acaban de esclarecer el diagnóstico.

Por regla general, la tuberculosis de la vejiga determina en sus comienzos hematurias espontáneas que suelen presentarse casi independientes de otros síntomas, lo que constituye uno de los caracteres de las de las neoplasias de la vejiga.

Estas hemorragias iniciales de la tuberculosis vesical, que Guyon ha comparado á las hemoptisis, son muy excepcionalmente abundantes, y casi siempre media un largo intervalo entre una y

otra, y por lo regular desde el principio van presididas ó acompañadas de frecuencia en las micciones, fenómeno que es muy de tener en cuenta.

Cuanto hemos dicho con relación á las cistitis blenorrágicas puede aplicarse á las tuberculosas. Hay ocasiones en que no siendo apreciables las lesiones tuberculosas del aparato genital, y conservándose en buen estado el estado general, la hematuria se presenta con caracteres de espontaneidad tan dudosa, que el diagnóstico se hace difícil. En estas condiciones, la bacteriología y la cistoscopia serán, seguramente, un poderoso auxiliar.

Aun siendo como es difícil el encontrar el bacilo de Koch en la orina, la seguridad que da al diagnóstico nos invita á hacer exámenes repetidos y á practicar inoculaciones intraperitoneales en conejos de Indias, si bien el resultado negativo de estas inoculaciones no sea una garantía de la no existencia de la tuberculosis, puesto que se han observado casos en que ni aun este procedimiento diagnóstico experimental ha podido descubrirla.

La hipertrofia de la próstata, cuando va acompañada de lesiones de cistitis crónica, da en ocasiones lugar á hematurias abundantes, que pueden confundirse con las de las neoplasias vesicales; pero las primeras cesan con el reposo, la evacuación y la sonda permanente. Además, la exploración por tacto rectal y el aumento de longitud de la glándula, percibido por el explorador de bola, bastan para esclarecer el diagnóstico.

Las hemorragias que se producen en el cáncer de la próstata tienen en algunas ocasiones caracteres análogos á los de los neoplasmas vesicales; aparecen con los mismos caracteres de espontaneidad; pero por lo general se manifiestan al principio de la micción, y este carácter inicial es un dato para diferenciarlas; raras veces son abundantes, y se repiten á menudo; son por punto general tardías, y se presentan cuando ya ha podido diagnosticarse el cáncer de la próstata por la existencia de otros síntomas; el cateterismo da á conocer la longitud y las desigualdades del canal prostático y le hace sangrar fácilmente, y por tacto rectal se reconoce una próstata grande, dura y abollada.

Nos parece difícil la confusión entre el cáncer vesical y un cálculo: en éstos, la hematuria tiene siempre como causa determinante el movimiento, y desaparece con el reposo; va siempre acompañada de dolor, lo cual basta para dirigir nuestra atención sobre la posibilidad de la existencia de una piedra; el cateterismo metálico resuelve todas las dudas, y si existiese un tumor completamente incrustado, su falta de movilidad y su adherencia á la pared vesical bastarían para desvanecer nuestras dudas. En todo caso, la endoscopia de la vejiga es nuestro más poderoso auxiliar.

Las neoplasias renales dan lugar en muchas ocasiones á hematurias de caracteres análogos á los de las vesicales, incluso el de ser terminales, encontrándonos en gran aprieto para definir su origen. Cuando existen coágulos, éstos pueden tener un aspecto patognomónico, pues son largos y delgados, de forma vermiforme; su longitud alcanza á 8 ó 10 centímetros y aun más, y aun cuando en algunas afecciones de la próstata se expulsan también coágulos de esta forma, jamás alcanzan dicha longitud.

El examen microscópico de las orinas en las de origen renal revela la existencia de cilindros hemáticos. El examen del enfermo revelará el aumento de volumen del riñón, aun cuando este dato hay que aceptarlo con reserva, porque un epitelioma desarrollado en la embocadura de un uréter puede dar lugar á la uronefrosis por obliteración del conducto, y en este caso hemos de buscar el signo que, según Guyon, acompaña á las neoplasias del riñon.

El cistoscopio en estos casos nos será de alta utilidad, dando á conocer la salida de sangre por el uréter.

Por último: las hematurias de los países cálidos nó creemos que puedan confundirse con las neoplasias: se acompaña de quiluria, elefantiasis y ascitis, y el examen microscópico de la sangre la existencia del bilhazia ó de la filaria.

Y para no molestar á ustedes más, doy por terminada esta conferencia.

NEUROPATÍAS ESPECIFICAS

SU GRADO DE CURABILIDAD

(CONCLUSIÓN)

POR EL DR. D. JOSÉ SALAS Y VACA

Médico, por oposición, del Hospital de la Princesa y del Real Hospital del Buen Suceso.

MIELOPATÍAS ESPECÍFICAS

Si recordamos las lesiones meningo-medulares que la necropsia pone de manifiesto en sujetos que sucumben á este proceso, tendremos una orientación fácil para prejuzgar las localizaciones morbosas que la sífilis puede tener sobre la medula espinal en los sujetos predispuestos.

La meningitis espinal se descubre como localización anatómica de la sífilis, dándose su individualidad clínica en forma de dolores á lo largo del raquis, rigidez de la columna vertebral, movimientos penosos del cuello y dolor á la presión de las apófisis espinosas, originándose el síndrome apirético que caracteriza la más común de las meningitis espinales crónicas. Este cuadro pasa confundido

en ocasiones con un reumatismo dorso-lumbar si á más de los caracteres del dolor por su localización, intensidad y exacerbaciones nocturnas, que á semejanza de la que sufre la cefalea sifilítica, no nos ponen en la pista de su verdadera naturaleza. Esta forma de meningitis espinal tiende á localizarse en la región dorso-lumbar, dando síntomas de irradiación dolorosa que, cuando adquiere la localización cervical, se asemeja por su conjunto sintomático á la meningitis cervical hipertrófica.

Los tipos más frecuentes de mielopatías específicas se refieren á las formas de reblandecimiento medular sifilítico, mielitis agudas en las que las meninges medulares toman alguna parte en el conjunto morboso, y la mielitis dorsal crónica (parálisis espinal de Erb).

Las discusiones suscitadas acerca de la primera de estas mielopatías depende del criterio que se tenga acerca del lugar que ocupen los accidentes nerviosos de la sífilis como epifenómenos ligados al terciarismo; de aquí que las formas de mielitis agudas que después mencionaremos eran consideradas como accidentales, complicaciones que por el hecho de su aparición precoz fueron en un tiempo excluídas de las lesiones viscerales de la sífilis. Desde las observaciones de Trousseau y Ricord (1859) referentes á dos jóvenes que presentaron paraplegias rápidamente mortales, hasta los trabajos del profesor Hayen (1874) con motivo de dos observaciones de mielitis central aguda con necropsia, en sifilíticos en pleno período secundario, se han venido sumando los casos con las observaciones de Siemerlig, Lamy, etc., hasta completar en parte un estudio que en aquel tiempo no se tenía completamente acabado.

Esta forma de parálisis medular se parece mucho á la que después veremos en el cuadro de mielitis agudas, evolucionando en forma paraplégica desde el principio, que tan repentino puede ofrecerse, hasta el punto de adquirir la forma apoplectiforme sin pérdida de conocimiento. La sensibilidad, tan alterada, puede llegar hasta la completa anestesia de los miembros inferiores y parte inferior del tronco, con predominio unilateral á veces; disminución ó abolición de la excitabilidad eléctrica, lo mismo que el poder reflejo de la medula, y los demás accidentes de vejiga y recto se comportan de parecido modo á lo que después veremos en la mielitis aguda.

El carácter difuso de las lesiones específicas, la localización meníngea que muy desde el principio de la infección puede tener la sífilis, y las alteraciones vasculares que de modo tan prematuro intervienen en el conjunto patogénico de estas lesiones, hace suponer que estos síndromes que de forma aguda nos ofrece la clínica sean debidos á la combinación en más ó en menos grado de estas clases de alteraciones anatómicas, que siendo muy extensas dan lugar á profundos cambios de textura como para manifestarse en for-

ma de paraplegia aguda siempre, y mortal en la inmensa mayoría de los casos.

Las formas de mielopatías observadas por nosotros se refieren á un tipo agudo que de mielitis pudiera calificarse, á pesar de su parecido con el reblandecimiento antes descrito, y la forma espástica de Erb, que representa la más frecuente de las mielopatías específicas.

*
* *

Observación 1.ª (*).—Hombre de veintiocho años, natural de la provincia de Toledo, soltero. Entre sus antecedentes neurósicos familiares, sólo hay un temblor intencional del padre, que quedó como reliquia de una infección.

Ha sufrido reumatismo agudo, y á los veintidós años una infección venérea, de la que quedan cuatro cicatrices en el glande, tres pigmentadas y una retraída y blanca. En Diciembre de 1904 ingresó en la sala del hospital con un proceso renal agudo y manchas de la piel de aspecto de sifiloides papulosas (este dato no lo consigna el Dr. Fernández Sanz). En Octubre de 1905 apareció en el labio inferior una úlcera poco dolorosa, sin adenopatías, que duró dos meses. En el intermedio, hasta sufrir el proceso que motiva su descripción, dato también desconocido por el Dr. Fernández Sanz, presentó una iritis que se trató con midriásicos, quedando sinequias y deformación irídea.

En 10 de Enero de 1906 experimentó mareos, náuseas, inapetencia y malestar general; el 11, se suman á estos síntomas *una retención de orina*, de la que nada material localizado en este aparato era responsable, empezando á notar la tarde de ese día falta de sensibilidad en la región glútea y en las nalgas, haciéndose absoluta la retención de heces y de orina, pudiéndose comprobar una completa parálisis de ambas piernas, con abolición de los reflejos tendinosos, y una exquisita disociación siringomiélica en los miembros abdominales. Pasando con normalidad la función de los demás aparatos, la retención de orina persiste, exigiendo el frecuente sondaje; los reflejos tendinosos persisten abolidos; el plantar muy disminuído, realizándose la flexión dorsal en ambos lados; el cremasteriano y abdominal abolidos, y el epigástrico lo está en el lado izquierdo y exaltado en el derecho. Se le somete al tratamiento específico.

La sensibilidad táctil, completamente íntegra con anestesia, termina en la mitad inferior del cuerpo, llegando á la derecha á dos traveses de dedo por encima del ombligo, y hasta el apéndice xi-

---

(*) El estudio completo de este enfermo lo debo á la bondad de mi ilustrado compañero Dr. Fernández Sanz, que lo publica en el núm. 2.796 de *El Siglo Médico*.

foides en el izquierdo. La anestesia dolorosa llega hasta dos dedos por debajo del límite superior de la térmica en ambos lados. Hay dolor espontáneo á la presión del nivel de las vértebras dorsales 8.ª y 9.ª

Tales son los síntomas más característicos en la mielopatía presentada por este enfermo. Las vicisitudes por las cuales atravesó este desgraciado, en lo que á su lesión medular se refiere, á un ligero aumento en ascensión de su anestesia dolorosa y térmica en el lado izquierdo, con una faja de hiperestesia de cinco centímetros de anchura en ambos lados por encima del límite de la anestesia. Un colapso aparecido el día 14, con parálisis del miembro superior izquierdo, al que no le eran posibles más que muy limitados movimientos. Respiración difícil y estertorosa; pulso débil y frecuente (120 por minuto). Con una medicación estimulante pasó aquel cuadro alarmante, mejorando el enfermo. En los dos días siguientes se observa la anestesia termo-dolorosa en un límite más alto, presentándose desde entonces unas escaras por decúbito que adquirieron una gran extensión, presentándose alternativas en aquel cuadro grave con síntomas de insuficiencia respiratoria y signos físicos de bronquitis. Con ligera mejoría pasó algún tiempo, hasta conseguir un estado más satisfactorio del enfermo, notándose en sus síntomas motores tendencias á la espasticidad por la reaparición y exageración de los reflejos. Se continúa el tratamiento específico.

Sin nuevos accidentes pasó el enfermo hasta el *seis* de Marzo, en el que las escaras habían adquirido tal extensión y tal profundidad, que habían llegado hasta el conducto sacro, apareciendo una fiebre de tipo piohémico, acentuándose el estado adinámico hasta su fallecimiento, ocurrido el 11 de Marzo de 1906. A pesar del tratamiento intensivo, los datos más importantes de la necropsia se refieren al análisis histológico, del que resultaron lesiones mesodérmicas intramedulares, caracterizadas principalmente por infiltraciones linfoideas de los vasos, seguidas de peri y endarteritis, que han originado focos difusos de reblandecimiento isquémico, y macroscópicamente se observan en la cara anterior de la piamadre algunas placas de aspecto lechoso, pequeñas, claras y nacaradas, bañadas por un exudado.

Observación 2.ª—Hombre de cuarenta y seis años, farmacéutico; con sífilis antigua y mal tratada, se presenta, en Octubre de 1904, con marcha espástica, exaltación de reflejos, clonus de ambos pies é indicios de flexión plantar por el estímulo cutáneo.

Nada mejora con el tratamiento específico.

Observación 3.ª—Mujer de treinta años, casada, con buena salud hasta después del primer aborto, que se le presentan grandes cefaleas nocturnas y dolores en ambas piernas, que mejoran con la me-

dicación iodurada. Se presenta en la consulta del hospital con marcha espasmódica, exaltación de los reflejos tendinosos y pereza de las evacuaciones. Mejora visiblemente con la medicación mixta.

***

La primera observación es calificada sin reservas por el doctor Fernández Sanz como un caso de mielitis aguda, donde, á semejanza de lo que ocurre en la mayoría de estos procesos, no hay una separación neta entre lo puramente inflamatorio y francamente hemorrágico, constituyendo el tipo más común de inflamación aguda de los centros nerviosos. El principio y curso apirético es argumento en favor de las hematomielias; pero el curso del proceso y la autopsia contradicen esta idea, aunque el lugar en que los fenómenos se desenvolvieron fuera en un principio la región central de la medula. El proceso anatómico parecía extenderse en parte á la meninge medular, donde existía macroscópicamente un exudado lechoso que bañaba pequeñas plaquitas de espesas concreciones. Las alteraciones vasculares parecen acercar este caso á lo que descrito queda con el nombre de reblandecimiento medular sifilítico; no obstante, los síntomas prodrómicos del enfermo (náuseas, vómitos, malestar general) que señala el principio de las infecciones, nos hace ver en este caso la certeza del juicio emitido por nuestro compañero, de una lesión aguda de comienzo sacro-lumbar y de evolución ascendente, que de buen grado apellidaría yo de meningo-mielitis, de naturaleza indiscutiblemente sifilítica, cosa que no se afirma en concreto en la publicación hecha por el Dr. Fernández Sanz, sin duda por desconocer los extremos añadidos por nosotros en la observación.

La medicación específica quizás hubiera triunfado de los accidentes, á no ser por el conjunto desastroso de los síntomas, pricipalmente de la gangrena húmeda que sufrió nuestro enfermo.

Las variedades que pueden ofrecer estos síndromes son de tal entidad, que en ocasiones pueden localizar sus lesiones á una parte sólo ó á la mitad de la medula, dando lugar á monoplegias ó hemiplegias medulares con trastornos de sensibilidad que reproducen con fidelidad el síndrome de Brown-Sequard; siendo más raro, aunque ya se esbozaba en nuestro caso, que las lesiones progresen hasta determinar la completa cuadriplegia.

Las siguientes observaciones se refieren á esa paraplegia estudiada por Erb, que afecta una forma distinta de la anterior por sus más salientes caracteres. En estos enfermos, sufriendo la medula de un modo primitivo, el curso, al decir de los casos, es lento y progresivo, significándose más como estado espasmódico que como paraplegia en el sentido estricto de la palabra. El profesor Erb dedu-

ce, de los 23 casos de su estadística *(Neurolog,* 1891), que la enfermedad aparece en época poco lejana del accidente inicial, algunas veces en el primer año de la infección. El desarrollo deducido de nuestros enfermos es lento y progresivo, pudiendo completarse desde una semana hasta en unos años; los pródromos se refieren á dolores en los miembros inferiores (con exacerbación nocturna á veces), sensación de fatiga, quebrantamiento de los miembros inferiores, debilidad pasajera y alteración funcional de los esfínteres, que hace pensar en un proceso urinario local.

La rigidez espasmódica de los miembros inferiores que produce la disbasia espástica no guarda relación con la tonicidad permanente en que se encuentran los músculos; los reflejos están tan exaltados que con facilidad se produce la trepidación epileptoidea del pie; y la fuerza muscular es tan considerable, que el trastorno de la marcha más se debe al espasmo que estos enfermos presentan que á una parálisis casi esbozada en ellos.

En contraposición con estos síntomas aparece la sensibilidad normal, aunque con frecuencia se ofrezca una hiperestesia del pie ó de la pierna que no altere más que una forma de sensibilidad, aunque sea constante en el cuadro morboso que describimos los fenómenos parestésicos en forma de hormigueos y adormecimiento de las extremidades. Las alteraciones tróficas de la piel, las úlceras por decúbito y las anomalías de excitabilidad eléctrica faltan en nuestros casos, como es ordinario suceda tratándose de esta clase de procesos al afectar estas formas.

La interpretación necrópsica falta en muchos casos, que por otra parte tiene la supuesta posibilidad de interpretarse sus lesiones en el orden de una mielitis anterior crónica, cuyos síntomas aparezcan muy reducidos, ya sea por la índole de una lesión que no es completa en su evolución, por natural influencia, ó por un acertado tratamiento.

Dentro del estudio de las lesiones específicas de los centros nerviosos hemos de tener presente aquellas formas intermedias que por su carácter difuso afectan todo el eje cerebro-medular, dando origen á las distintas

FORMAS CEREBRO-ESPINALES DE LA SÍFILIS

En la anatomía patológica de la sífilis nerviosa se observa una difusión tan frecuente que en ciertas circunstancias dominan el cuadro clínico formas combinadas, en las que el cerebro y medula participan del proceso, unas veces por igual y otras de modo distinto, con predominio de una ú otra localización. Los casos más frecuentes son aquellos en que los accidentes cerebrales representan la parte

dominante del cuadro morboso; las lesiones responsables de estos síndromes se refieren á las alteraciones vasculares en primer término, á ciertas localizaciones meníngeas y á placas gomosas difusas que por su extensión den lugar á la destrucción de zonas en territorios distintos del neuro-eje. Según que estas lesiones sufran la misma evolución ó no en las distintas porciones del sistema nervioso central, los síntomas aparecerán combinados de distinto modo, predominando los cerebrales ó medulares. Las formas por nosotros observadas se refieren principalmente á la esclerosis cerebro-medular en placas y á las formas pseudotabéticas de la sífilis.

Observación 1.ª—Forma de esclerosis difusa.—Mujer de cuarenta y cuatro años de edad, con sífilis antigua. Presenta, después de dolores osteóscopos y cefalalgias nocturnas, marcha temblorosa con ligera incoordinación; temblor intencional y exaltación de los reflejos tendinosos. Algunos fenómenos de sensibilidad, que se manifiestan por ligeras hipoestesias desigualmente repartidas, advertido sólo por la enferma en una detallada exploración. Hay paresia pupilar á la luz, y en el plazo que dura nuestra observación se presentan dos ataques de forma apoplética que no dejan residuo paralítico. Con el tratamiento mejora hasta el punto de manejarse la enferma, dedicándose á sus quehaceres habituales.

Observación 2.ª—Formas pseudotabéticas.—Hombre de veintiocho años de edad, casado, empleado; sífilis de antigua fecha. Empieza haciendo el relato de ocho meses de dolores intensos de las extremidades y del tronco, con exacerbación nocturna, y más mitigados en el momento que recurre á nuestra consulta de hospital; se le observa por una detallada exploración anestesia plantar, signo de Wesphal, Romberg, ataxia incipiente, ambliopía izquierda (atrofia papilar), que llega á ser completa, terminando en ceguera; síntoma de Argyll-Robertson, cuyo cuadro progresa á pesar del tratamiento intensivo y prolongado.

Observación 3.ª—Hombre de cuarenta y un años, soltero, con sífilis antigua; se presenta en la consulta en Marzo del 1905 con ataxia, abolición de reflejos después de grandes cefaleas, anestesia, parestesias, pérdida de la noción de posición de los miembros y dolores que se asemejan á los fulgurantes. Después de algunos meses de tratamiento, se observa remisión de los síntomas.

Observación 4.ª—Hombre de cuarenta y dos años, empleado, con antecedentes específicos de hace siete años. Comienza su enfermedad por alteraciones visuales (ambliopía parcial), sin ofrecer su pupila el aspecto gris de la tabes; siguen algunos dolores que se aumentan por la noche; hay síntomas de Wesphal y Romberg, pérdida de la noción de lugar y retardo de las evacuaciones de heces y de orina.

Con el tratamiento prolongado ha conseguido este enfermo tan franca mejoría, que ya se ocupa de sus quehaceres habituales, después de una corta temporada en Archena.

***

Los antecedentes claros de la primera observación; la marcha clínica que precede la evolución de sus síntomas y las particularidades del cuadro que representando un tipo acabado de esclerosis en placas; la falta del nistagmus, que al parecer valora el diagnóstico de la forma clásica del proceso; la ausencia del lenguaje escandido, que tanto intervienen en las formas no específicas, hicieron llevar nuestro juicio á la sospecha de una forma frustrada de mielopatía esclerótica difusa, quedando confirmadas nuestras sospechas por el buen éxito del tratamiento, modificando los acontecimientos motores, la cefalea, los dolores y los ataques sufridos por nuestra enferma.

Aunque difícil sea deslindar el campo del diagnóstico en lo que de semejante ó diferente haya entre esta forma, cuando en su producción directa interviene la sífilis, y el cuadro clásico de la esclerosis en placas, tendremos que fijarnos en la evolución sintomática para valorar de una parte los antecedentes, dándole la verdadera importancia á la cefalea, cuando como en esta enfermedad existe con arreglo á su tipo de exacerbación nocturna, y á la cronología y forma de los síntomas somáticos que, cual en nuestra enferma ocurre, se apartan de la forma clásica de la esclerosis en placas.

En las siguientes observaciones, que con ligeras variantes representan formas tabéticas, enlazadas directamente á un origen específico, que aun figurando en la historia de la ataxia progresiva clásica, hay más posibilidad en distinguirlas por su cuadro clínico lo que se deba á la sífilis antigua, para determinar la esclerosis posterior, y lo que dependa de una sífilis activa de forma pseudo-tabética. El cuadro completo de síntomas oculares, las parálisis fugaces, la ataxia, la abolición absoluta de reflejos y los trastornos sensitivos y tróficos, tienen más su entrada en las formas completas y clásicas del mal, que pocas veces son susceptibles de modificarse por una medicación específica, como vemos en el primer caso de nuestras observaciones, que más ingreso tiene entre las formas progresivas, á juzgar de la marcha rápida de los accidentes, llegando al período paralítico, en el que sucumbió nuestro enfermo.

En las dos últimas observaciones, el cuadro, muy parecido también á la tabes clásica, aparece modificado hasta el punto de ser incompletos los fenómenos por la escasez de síntomas que, como los oculares, aclaran la duda muchas veces en favor de la forma clási-

ca y completa de la tabes dorsal atáxica; por esto su falta constituye en determinadas circunstancias indicios favorables á la pseudotabes, como en el último enfermo sucede, cuyos síntomas visuales, representando una ambliopía de carácter específico distinta en todo á la atrofia gris clásica, nos ponen en el camino de la fundada sospecha, aunque los demás síntomas recuerden el cuadro del proceso típico con sus atributos de *parasífilis*, que en estos dos casos hay que descartar, teniendo en cuenta las visibles ventajas que reportan á su mal un tratamiento continuado y enérgico.

La tendencia simplificadora que lleva la clínica moderna induce al juicio de unificación de estas formas pseudotabéticas, cuyo origen, en síntesis, resulta igual que la tabes clásica, considerando aquéllas como formas frustradas de ésta.

En teoría sería fácil establecer un cuadro de conjunto con estas formas clínicas, formando cuadros patológicos completos; pero si nos atenemos á lo que estos tipos representan como procesos medulares sifilíticos, modificables con el tratamiento bien dirigido, se impone su distinción patológica, ya que la clínica nos las ofrece separadas en su cuadro y marcha evolutiva. La sífilis, con sus desastrosas toxinas, puede preparar lentamente la destrucción de las neuronas de los centros, dando origen á la tabes atáxica muchos años después de adquirida la infección; su localización en la porción radicular sensitiva de los manojos posteriores da un carácter de sistematización con que desde muy antiguo viene estudiándose este proceso, si bien es cierto que algunos síntomas permanentes ó fugaces, los oculares, por ejemplo; las alteraciones que á la larga sufren los reservorios y hasta la misma incoordinación, no respondiendo á una localización sistemática en absoluto, hace pensar que alguna difusión tienen las lesiones, no habiendo dejado de suponerse por algunos que la tabes, representando una de tantas formas de mielopatía más ó menos combinada, no sería, en suma, otra cosa *que una manera de ser morbosa en la sífilis sobre los centros nerviosos*.

Con este criterio sería posible la simplificación de tales formas por su etiología; pero como este fundamento resulta deficiente en clínica, hemos de conformarnos con admitir una distinción, siquiera sea provisional, entre la localización prematura de la sífilis sobre la medula, que daría la pseudo-tabes curable ó modificable al menos, y la tabes clásica, que, en relación con la parasífilis, sería rebelde á todo tratamiento. Las primeras sólo, y por su grado de curabilidad, son las que justifican estas digresiones teóricas en el campo de la clínica.

Para terminar nuestro trabajo, haremos ligera mención de lo que en la clínica neuropática representan

LAS NEURITIS DE ORIGEN ESPECÍFICO

La exposición de los enfermos por nosotros observados, con el resultado favorable del tratamiento de los mismos, será el argumento decisivo en favor de la existencia de esta clase de neuropatía orgánica.

Observación 1.ª—Hombre de cincuenta años, jornalero, con sífilis relativamente reciente, con algunas manifestaciones secundarias en el momento de la observación. Presenta dolores urentes espontáneos que, siguiendo el trayecto de los nervios, se aumentan con la presión. Explorado, se observan zonas de hipoestesia en los brazos, principalmente en el borde externo del derecho; algunas zonas anestésicas con fenómenos de termo-hipoestesia, y algunas sensaciones parestésicas. Insuficiencia motora, que se manifiesta por dificultad en la flexión de los brazos y en la extensión dorsal de ambos pies; los dedos de la mano derecha guardan la flexión, y la punta del pie de este lado choca con el suelo, arrastrándose en la marcha. Los trastornos tróficos se presentan en forma de piel lisa, atrofia muscular incipiente con reacción de degeneración á la corriente eléctrica. Faltan los reflejos tendinosos en las regiones paralizadas. Con tratamiento mejora.

Observación 2.ª—Hombre de cuarenta y seis años, mozo de cordel, con sífilis de dos años de fecha. El 11 de Noviembre de 1904 se presenta en mi consulta del Hospital, con fenómenos dolorosos en los trayectos de distribución nerviosa, anestesias, parestesias, disminución de los reflejos é insuficiencia motora, con una incipiente atrofia de la pierna derecha que afecta el tibial anterior, los peroneos laterales y anterior. Con la medicación mercurial y aplicaciones eléctricas cura por completo el caso.

Observación 3.ª—Hombre de veinticinco años, con sífilis tan reciente que presenta manifestaciones cutáneas y mucosas. Presenta dolores, anestesias, falta de reflejos, insuficiencia motora, con reacción de degeneración en el territorio de distribución del ciático poplíteo-externo. Con la electroterapia y la medicación mercurial cura por completo el enfermo.

Observación 4.ª—Hombre de veintidós años, que en Enero de 1906 recurre á la consulta por presentar dolores lancinantes en la pierna izquierda, después de un chancro sufrido hacia diez meses. Estos dolores se acompañan de insuficiencia motora en la extensión dorsal del pie, que ofrece tendencia al varus; falta de reflejos, sensaciones parestésicas y atrofia con reacción de degeneración del grupo peroneo-tibial.

Con tratamiento y electroterapia mejora el enfermo.

Observación 5.ª—Hombre de treinta y siete años, que en 1889 padece un chancro que se sigue de cefaleas, manchas cutáneas, que desaparecen con un tratamiento iodurado. Al cabo de algún tiempo se le presentan hormigueos en los dos últimos dedos de la mano izquierda, con tendencia á quedar en flexión. En 1901 se presenta en la consulta con hipoestesia, anestesia dolorosa y parestesias en el borde externo del antebrazo, que presenta al lado de la insuficiencia motora y R. D. una incipiente atrofia de la región hipotenar con temblor fibrilar. Con el tratamiento mejora el caso, perdiéndose la observación.

***

El más complejo de estos casos se refiere, sin duda, á la primera observación, en la que aparece un tipo de neuritis con tendencia á generalizarse, afectando grupos nerviosos en los que dominan los trastornos de sensibilidad en forma de *déficit*, con alteraciones motoras que se revelan por insuficiencia muscular, falta de fuerzas, sensación de fatiga con aumento en los dolores que el enfermo aqueja cuando se le hace caminar ó guardar la estación vertical. Las alteraciones principales se refieren al plexo braquial con insuficiencia motora y alteraciones tróficas de los músculos que forman el cinturón escapular. La flexión de ambos brazos se encuentra dificultada (acción del biceps), siendo incompletos los movimientos de supinación é imposible la extensión dorsal de los dedos (acción de los interóseos inervados por el radial) y dificultada la flexión enérgica. Presenta dolores en la zona del ciático con dificultad para la flexión de la rodilla y para la extensión del pie por impotencia del tibial anterior y del peroneo lateral, originándose por esto la caída del pie por su borde externo y punta, dando margen al tipo varus equino, tan frecuente en estos casos. Con estos síntomas, acompañados de la falta de reflejos y los trastornos tróficos que sufre la nutrición de los músculos paralizados, es suficiente para fijar el juicio de neuritis múltiple, que por seguir de cerca á una infección específica es calificado y tratado en este sentido con positivos y visibles resultados.

En la segunda, tercera y cuarta observaciones, los fenómenos más localizados se reducen á las perturbaciones funcionales de la pierna derecha en los primeros y á la izquierda en el último, dando localizaciones muy frecuentes de polineuritis en la zona del tibial anterior, que originan la impotencia motora en este músculo con la caída del pie que impide la flexión dorsal, junto con la parálisis ó paresia del extensor común, que dificulta la abducción del pie en extensión; del propio extensor del dedo gordo, que ayudando la acción de los anteriores, le produce la caída de este dedo por su pará-

lisis; y del grupo peroneo-lateral (largo y corto), que inervados por el *músculo cutáneo del ciático poplíteo externo,* dan lugar al pie varus, á la marcha equina, con los accidentes reflejos y trastornos sensitivos consiguientes.

En la quinta observación se significan los accidentes por alteraciones sensitivo-motoras en la mano izquierda, predominando en los dos últimos dedos, imposibilitados del movimiento de extensión (nervio cubital) con la atrofia incipiente de la región antitenar. En todos estos enfermos se observó con pequeñas variantes la reacción de degeneración parcial ó completa.

El diagnóstico de neuritis en estos casos no puede ofrecer serias dificultades, por ofrecer, de una parte, una clara etiología, y de otra, una colección de síntomas locales de orden sensitivo motor y trófico, que localizados según hemos visto al trayecto de distribución periférica, autorizan el diagnóstico, que, por otra parte, se completa con las pruebas de reacción eléctrica, cuidadosamente buscadas en estos enfermos. Con estos datos es suficiente para fundamentar el juicio clínico de una neuritis; no obstante, debemos estar avisados en la práctica ante la presentación de ciertas formas de poliomielitis anterior, algunos casos de esclerosis en placas, la misma esclerosis lateral amiotrófica, ciertas formas de tabes y algunas lesiones locales de la medula, que en algunos casos pueden confundir el juicio clínico de una neuritis.

Las formas clásicas de las neuritis se diferencian de la poliomielitis anterior por los síntomas sensitivos, que, constantes en las más frecuentes neuritis, faltan siempre en el segundo de estos procesos morbosos; la forma motora pura de la polineuritis es más parecida á la poliomielitis anterior aguda; mucho más si las causas se encuentran relacionadas con un proceso de carácter infeccioso. En la extensión mayor que tiene la polineuritis, que generalmente ataca mayores territorios musculares en sus parálisis, aunque después se limiten á determinados grupos, tenemos un dato diferencial que la separa de la neuritis, que posee una evolución más lenta y gradual, no tratándose de la forma apopléctica; por otra parte, en la lesión medular los síntomas se localizan de preferencia en grupos sinérgicos, respetando los extremos de los miembros; en la localización polineurítica se ven las parálisis disminuir desde los orígenes hasta los extremos de los miembros, donde se encuentra más completa. La reacción eléctrica, guardando una relación constante con la parálisis, estado de los reflejos y trófico de los músculos en la lesión medular, aparece muy pronto en la polineuritis, en la que se inicia antes de completarse la parálisis y que se pierda la contractilidad voluntaria.

Tales son los principales fundamentos de diferenciación, aunque

para completarlos tengamos también en cuenta el edema que en distintas ocasiones acompaña á las neuritis; la falta ó escasez de contracciones fibrilares, y el estado mental, á veces alterado en la neuritis múltiple, dando lugar á la psicopatía polineurítica.

De la esclerosis en placas se diferencia por toda esa serie de síntomas que, como el temblor intencional, el nistagmus, la palabra escandida, la exageración de reflejos y la falta de síntomas localizados, que hacen un contraste visible con fenómenos motores, sensitivos y tróficos que, limitados á las extremidades nerviosas, caracterizan las más frecuentes neuritis. No obstante esto, cabe el error entre ciertas formas atípicas de neuritis y algunos casos de esclerosis en placas, y hasta con la misma esclerosis amiotrófica, aunque en estas últimas los síntomas jamás retrogradan de un modo permanente; los acontecimientos motores guardan relación con los segmentos medulares afectos, y como dato fundamental, todos los síntomas se siguen de un exagerado reflejismo.

Más duda, á nuestro juicio, pueden ofrecer los casos de neuritis generalizada con las formas tabéticas de la sífilis nerviosa; pues en la tabes clásica, el conjunto de síntomas atáxicos, los signos oculares y, sobre todo, el fenómeno de Argyll-Robertson unido á la atrofia gris clásica de la papila, son los de más valor fundamental para inclinar el juicio en este sentido. Pero en las formas frustradas de la tabes y en las atípicas de polineuritis, resulta más difícil establecer la diferencia, que no tiene otro fundamento que el detallado análisis de su evolución sintomática, y como último resultado la eficacia del tratamiento.

Las distintas mielitis, cuando presentan el tipo espasmódico, en nada se parecen á la neuritis múltiple; pero en las formas flácidas con amiotrofia, debemos atender al principio, frecuentemente brusco, de este síndrome, á la anestesia á veces total que ocupa toda la extensión de los miembros inferiores remontándose á la altura de la lesión, al síndrome de Brown-Sequard que algunas veces presentan, y, por último, á los accidentes sexuales y á los muy intensos que experimentan la vejiga y recto, á las escaras por decúbito que casi nunca se presentan en las formas clásicas de la polineuritis.

En todos los dichos debemos basar los fundamentos de diferenciación diagnóstica que tendremos en cuenta para decidirnos en favor de una neuritis local ó generalizada, sin perder por esto de vista lo que es propio y peculiar patrimonio de las *neuralgias* cuando en su producción morbosa interviene la sífilis.

La neuralgia, muy frecuente en el período secundario de la sífilis, se presenta en forma de cefalalgia, cuyo paroxismo sufre una exageración vespertina, tenaz y rebelde á todo tratamiento menos al específico. La neuralgia del quinto par, la cervical ó la ciática

que acompaña á las primeras fases de la infección, las vemos dominar á veces el período terciario antes que las lesiones gomosas sean suficientes á ocasionar alteraciones de textura. Estas circunstancias, unidas á los caracteres del dolor localizado á un determinado tronco nervioso ó á sus expansiones periféricas; con su tipo de intermitente ó paroxístico; con remisiones (sin más causas explicables que la supuesta etiología infecciosa) que se aumentan con los movimientos y con la presión en los puntos accesibles del nervio; con sus sensaciones parestésicas representadas por hormigueos, pruritos y adormecimientos, etc., etc., son los síntomas característicos de las neuralgias, aunque á ellos se unan las alteraciones motoras, vasculares y tróficas que en forma de ataques convulsivos é insuficiencia motora, hiperemias circunscritas y alteraciones secretorias, caída del pelo, cambios de coloración, descamación cutánea, piel lisa y eritema polimorfo que, como accidentes tróficos, acompañan á las neuralgias que por su grado de intensidad difieren de aquellos de naturaleza flogística que en forma de urticaria rebelde, herpes zoster y ampollas de pénfigo son más patrimonio de las neuritis.

Tales son las neuropatías que de origen específico con más frecuencia presenta la clínica; y en la averiguación del problema diagnóstico hemos de tener en cuenta la influencia que en ciertos procesos morbosos tiene la sífilis cuando por herencia afecta á diversos miembros de una familia, dando lugar á las

NEUROPATÍAS ESPECÍFICAS HEREDITARIAS

La sífilis de los padres, cuando por una de las múltiples causas antes estudiadas quedó sin tratar en todas sus manifestaciones, hasta el punto de repercutir de un modo desastroso sobre nuevas generaciones, da lugar á una serie de procesos nerviosos que unas veces tienen un completo desarrollo en los primeros años de la vida, y en otros se conserva en forma latente hasta que las partes más directamente atacadas entran en su normal y necesaria función.

En la mayor parte de las neuropatías que presentan un sello familiar y hereditario se menciona la sífilis de los padres como probable causa de los desastres. En este grupo hemos de incluir la parálisis cerebral infantil, que en forma hemiplégica ó monoplégica afecta á individuos de familia descendientes de padres sifilíticos, cuando de un modo congénito se presenta esta afección, que á veces afecta el carácter de paraplegia espasmódica, con la rigidez general del recién nacido, que caracteriza la enfermedad de Litle. La misma ataxia cerebelosa de P. Marie, que en relación con igual etiología se encuentra determinada por un defecto congénito del

desarrollo del cerebelo. El hidrocéfalo idiopático de la primera infancia, que al ofrecer carácter congénito parece relacionado con la falta de comunicación entre el sistema ventricular y el espacio subaracnoideo, presuponiendo esto un defecto de desarrollo cerebral de origen quizás específico. El idiotismo y la demencia juvenil es estimada por algunos de causa específica hereditaria.

Entre los procesos medulares se menciona el probable origen sifilítico en la ataxia hereditaria (enfermedad de Friedreich), que suponiendo un defecto congénito en la resistencia de ciertos sistemas espinales, se sigue de su degeneración al exigírsele su intervención funcional en el curso de la vida.

En la atrofia muscular progresiva neural, una variedad de neuropatía de aspecto periférico, caracterizada por una degeneración parenquimatosa de los nervios en sus porciones más distales, afectando principalmente el territorio de los peroneos y porción extrema de los músculos de los brazos con pequeños síntomas sensitivos, dominando los trastornos tróficos y motores, se le estima gran valor á la sífilis por el carácter familiar y precoz con que el proceso se manifiesta.

La misma atrofia muscular miopática, descartada hoy de toda localización morbosa aparente de los centros nerviosos, tiene un sello familiar y precoz en sus formas infantiles; se reconoce algún valor á la sífilis de los progenitores alternando con otras causas determinantes para la producción de estas atrofias musculares. Lo mismo puede decirse de la hemi-hipertrofia y atrofia facial neurótica, que también se menciona á la sífilis como causa de cierta predisposición, para que el proceso tenga lugar en la forma que se manifiesta durante los primeros años de la vida.

Sin que por el pronto sea muy explicable la forma en que la sífilis interviene para dar lugar á esta serie de procesos ó predisposiciones morbosas, es lo cierto que el desarrollo embrionario de un germen que lleva los estigmas de la herencia sifilítica puede sufrir alteraciones de tal índole, que al completarse su desarrollo se manifiesta la deficiencia funcional del sistema nervioso en la forma de cualquiera de las neuropatías hereditarias consignadas anteriormente.

ETIOLOGÍA PROPIA DE LAS NEUROPATÍAS ESPECÍFICAS

Ni todas las sífilis son capaces de originar manifestaciones sobre el sistema nervioso, ni todas las neuropatías orgánicas y funcionales que sufran los sifilíticos reconocen como causa la infección específica de que son afectos. Preciso es colocar la cuestión en su justo medio, para no caer en el error frecuente de tomar en sentido espe-

cífico por su origen cuantos trastornos nerviosos ofrezcan individuos que entre sus antecedentes muestran una sífilis reciente ó antigua. Es bien cierto que los signos clínicos no son suficientes para dirigir la atención con absoluta certeza en este camino en la mayoría de los casos; pero dentro de esta duda, cuando de neuropatías orgánicas se trate, la mayoría de los clínicos no dudan el ensayar el tratamiento específico ante la ineficacia con que estas lesiones responden al tratamiento general de las distintas enfermedades del sistema nervioso.

No obstante ser irresoluble nuestra duda en la mayor parte de las circunstancias, ofrece la sífilis algo peculiar entre sus relaciones con el sistema nervioso, que la hace apta á estas localizaciones, en armonía con el tiempo de su antigüedad y con el mayor ó menor abandono con que recorrió sus etapas morbosas. Sin perjuicio de que los decúbitos nerviosos puedan aparecer en las primeras épocas de la infección específica, es más frecuente hallarlos en épocas lejanas á la aparición de los accidentes en aquellas sífilis latentes y de pocos síntomas que en un principio dejamos consignadas como más graves por sus frecuentes localizaciones terciarias en el sistema nervioso.

Aparte de estas condiciones inherentes á la misma sífilis, se hace preciso que haya en los sujetos afectos una individual predisposición á las neuropatías para que en estas circunstancias antedichas se produzcan las localizaciones morbosas del mal en los centros nerviosos. Entre esta clase de predisposición hemos de considerar á esos mal definidos neurópatas, sujetos procedentes de neuro-artríticos, que llevan un germen hereditario latente, dispuesto á manifestarse en forma de neurosismos más ó menos claros cuando causas morbosas sean suficientes á producirlo. En estos predispuestos por la herencia ó por sus individuales condiciones morbosas estalla la neurosis funcional con motivo de una infección específica en forma de neurastenia unas veces, de histerismo en las mujeres predispuestas, y bajo la forma de mal epiléptico en esa pléyade de individuos de escasa resistencia orgánica y funcional del sistema nervioso.

Las neuropatías de origen específico hacen tanta presa en sujetos predispuestos por la herencia como en los fatigados de sistema nervioso, por producirse en ellos una menor resistencia; en esta clase de predisposición hemos de incluir todos los factores que, ya de orden mecánico, infeccioso ó tóxico, induzcan á gravar las energías biológicas defensivas, ya sea en forma de traumatismos que de un modo directo ó indirecto afectando los centros y periferia nerviosa, sean los responsables de la localización específica que más tarde dé lugar á una lesión orgánica de este carácter en sujetos que padecen una sífilis confirmada ó latente. La fatiga cerebral en estos

sujetos puede acarrear la localización encéfalo-meningea; la continuada vigilia, durante la cual se aumentan los productos de intoxicación nerviosa, puede de igual modo predisponerlos; las emociones fuertes, con sus desastrosos cambios vaso-motores, son peligrosas en estos sujetos; el frío, como agente nocivo, puede actuar de un modo perjudicial; las marchas prolongadas, exigiendo de la medula un mayor rendimiento orgánico, puede estimarse como factor predisponente de gran importancia en las localizaciones medulares, y á todos se alcanza el peligro que como predisposición encierran en toda clase de neuropatías los excesos genésicos en el sentido de un amplio libertinaje.

Los traumatismos directos tienen tal influencia, que ellos solos envuelven el más acabado concepto de la etiología de las más frecuentes neuritis de causa externa.

Las infecciones dan origen á una intoxicación más ó menos aguda que, produciendo una alteración vásculo-conjuntiva, puede más tarde ser motivo de serios accidentes de carácter específico, y las intoxicaciones, reservando la mayor predisposición á estos desastres, parece que son las que más aseguran la localización nerviosa de la sífilis. Es un hecho probado, y sin discusión por todos admitido, el que en los artríticos, por efecto, sin duda, del retardo que sufren sus oxidaciones, se producen ciertos cambios de función en algunos territorios orgánicos, entre los que el sistema nervioso es el primero en afectarse, dando margen á la predisposición neuropática de estos sujetos; pues bien: desde este punto de vista, la sífilis en estos enfermos prejuzga la idea de su localización en el sistema nervioso si algunos factores de agotamiento del mismo se añaden á lo preestablecido como debilidad neuropática de los artríticos. En los fumadores y alcohólicos se señala con claridad la predisposición á los decúbitos nerviosos por la desastrosa influencia que sobre el aparato vascular tienen las intoxicaciones estudiadas y valoradas lo suficiente en el orden de la predisposición orgánica. Tanto pudiéramos decir con referencia á las intoxicaciones metálicas y por los gases deletéreos, que ya son suficientes á producir localizaciones morbosas sobre el aparato de relación. Admitido para la localización morbosa del sistema nervioso cierto grado de predisposición, queda aún la parte más fundamental al sentar las bases en que se apoya el

DIAGNÓSTICO DE LAS NEUROPATÍAS ESPECÍFICAS

En el curso de nuestro trabajo, al hacer la exposición de los casos en que se sostiene el concepto clínico de este trabajo, hemos indicado los fundamentos que sintetizan la noción de la naturaleza en

cada caso, y sólo á título de complemento hemos de señalar aquí los más salientes caracteres de los síntomas en que podamos basar el mayor número de datos para el diagnóstico causal.

La existencia de una sífilis anterior ó coetánea con la neuropatía que observemos, no implica fatalmente que ésta sea su naturaleza etiológica. No obstante esto, al servicio de esta argumentación debemos poner en clínica cuantos medios induzcan al práctico á la comprobación de un proceso específico; y siguiendo esta idea, hemos de tener presente, de una parte, la injustificada resistencia de los enfermos á esta clase de averiguaciones, venciéndola en todo caso con el recuerdo de cuantos síntomas puedan dejar señales indelebles de una pasada infección. Llevar al ánimo del enfermo la idea de una curación probable, es tener la mitad del camino andado en esta investigación, haciéndole participar de la complacencia que embarga al investigador por el éxito del antecedente hallado, por tener en cuenta que con él hay más esperanza del feliz resultado, por el hecho de fundamentar las bases de una terapéutica racional, siempre y en muchas ocasiones certera.

Las reliquias de la infección deben investigarse con un detenido examen de los genitales en busca de los residuos cicatriciales, que por sí son suficientes para dilucidar la cuestión. El recuerdo de una angina confundida por el enfermo con un simple enfriamiento; la probable caída del pelo en época que el síntoma pudo estimarse dependiente de banales causas; las sifílides cutáneas, muchas veces inadvertidas por lo fugaz de su aparición, y en general de todos aquellos signos que aun por sí solos poco dicen, reunidos forman el conjunto de un juicio diagnóstico de aquellas sífilis de pocos síntomas mencionados al principio y desastrosos por su latencia.

Los pródromos de las neuropatías que observemos, si fueron sufridos por el enfermo en forma de cefalalgia ó raquialgia de exacerbación nocturna; si estos síntomas, tratados inútilmente por los medios habituales, cedieron fácilmente á una medicación iodurada; si dentro de estas primeras molestias se presentó alguna intercurrencia paralítica, por parte de algún nervio craneal, principalmente de los oculares, que puedan ponernos sobre la pista de suponer la localización basilar más frecuente de la sífilis nerviosa. Con todos estos datos podremos reconstituir la historia de un proceso en evolución, dándole el carácter de específico, cuando reunidos la mayor parte de estos síntomas, alcance el conjunto el fundamento de signos patognomónicos.

Por otra parte, cuando de una localización ya acabada se trate, debemos tener en cuenta el carácter difuso tan frecuente de las lesiones específicas, dando lugar con más frecuencia á síndromes combinados de tal carácter, que por la complejidad de sus ma-

nifestaciones hacen de ciertos procesos, cuadros la mayoría de las veces completamente atípicos y frustrados. Los ataques de epilepsia parcial que con frecuencia sufren estos sujetos, los trastornos oculares de carácter paralítico, los ataques apopléticos que dejan tras sí hemiplegias ó monoplegias fugaces, la afasia periódica que algunos relatan entre sus síntomas, y sobre todo el decaimiento mental que en estos enfermos se manifiesta por esa ineptitud para el trabajo que agobia á los sifilíticos, es un signo fundamental en que en determinadas circunstancias podemos apoyar el juicio de neuropatía orgánica de este carácter. Tanto hemos de decir de estos signos de presunción cuando acompañan á las localizaciones medulares y periféricas.

La evolución de la enfermedad, que, como todas las de carácter específico, está sujeta á brotes episódicos con períodos de calma, es argumento que tiene más valor que la prueba terapéutica, en la que se fundaban en otros tiempos seguridades que hoy sólo se aceptan con la mayor reserva.

Cuando, confirmados estos extremos, tengamos la relativa certidumbre de la naturaleza específica de la neuropatía que observemos, entonces sin inconveniente alguno procederemos al empleo formal de la .

TERAPÉUTICA DE LAS NEUROPATÍAS ESPECÍFICAS

Cuanto desde antiguo viene consignándose acerca de la acción terapéutica del mercurio en el tratamiento de la sífilis, se viene relacionando con sus efectos antisépticos, sin más pruebas para ello que la razón científica de sus acciones fisiológicas. Hoy que recientes investigaciones abren un nuevo campo fundado en lo que comienza á conocerse de la etiología bacteriana del mal, aquella antigua presunción llega á la realidad, afirmándose de modo categórico hasta el presente que los efectos terapéuticos del mercurio se deben á su acción germicida sobre la bacteria productora de la dolencia específica.

El mercurio, repartido profusamente en la naturaleza, se emplea en sustancia para el tratamiento de la sífilis en las distintas formas que después estudiaremos; y sus sales, que como tales compuestos, se nos ofrecen al máximo y al mínimo, formando las mercuriosas y mercúricas.

Con el cloro forma los cloruros de mercurio en forma de cloruro mercurioso (Hg^2Cl^2) y el cloruro mercúrico ($HgCl^2$). Del primero se conocen en farmacia tres variedades: 1.ª Calomelanos propiamente dicho, que se obtiene tratando el sulfato mercurioso con el cloruro de sodio y sublimando la mezcla $SO^4Hg^2 + 2ClNa = SO^4Na + Hg^2Cl^2$.

2.ª Calomelanos al vapor, el más usado de todos, que se obtiene cuando se recogen los productos de la sublimación de la reacción anterior en una cámara donde llega vapor de agua, para dividir más el producto. 3.ª Precipitado blanco, obtenido por la acción del nitrato mercurioso con el cloruro de sodio $2(NO_3)Hg + 2ClH = Cl^2Hg^2 + NO_3H + H^2O$.

Tratando estos compuestos con los alcalinos, se obtiene el agua fagedénica negra (óxido negro de mercurio).

Cloruro mercúrico $HgCl^2$, sublimado corrosivo, solimán, deutrocloruro de mercurio, se obtiene tratando el sulfato de mercurio con el cloruro de sodio $SO^4Hg + 2ClNa = SO^4Na^2 + HgCl^2$.

Con el agua de cal forma el agua fagedénica roja óxido rojo de mercurio. De estos óxidos, el mercurioso se emplea sólo en el agua fagedénica negra.

Del mercúrico se conocen dos variedades: el rojo (bióxido, rojo de mercurio, precipitado rojo), que se obtiene disolviendo mercurio en ácido nítrico y agua, elevando la temperatura hasta evaporar el ácido nítrico de nitrato que se forma, y obtener el precipitado en forma de polvo rojo, insoluble en el agua.

El óxido amarillo (bióxido de mercurio hidratado) se obtiene tratando la potasa por el cloruro de mercurio, resultando óxido mercúrico y cloruro de potasio $2KOH + HgCl^2 = HgO + KCl^2 + H^2O$.

Ioduros de mercurio.—Hay dos: el mercurioso ó protoioduro de mercurio Hg^2I^2, que se obtiene triturando mercurio y iodo en un poco de alcohol, lavando después con alcohol hirviendo el polvo amarillo verdoso é insoluble en el agua que resulta de la mezcla. El mercúrico, biyoduro de mercurio ó ioduro rojo de mercurio HgI^2, se obtiene por doble descomposición del ioduro potásico con el bicloruro hidrargírico. Es de un color rojo vivo, casi insoluble en el agua, soluble en alcohol y éter, y al 20 por 100 en el aceite de ricino.

Los sulfuros, los sulfatos, los nitratos de mercurio y el cianuro son sales poco usadas en terapéutica por su acción tóxica y cáustica.

Los albuminatos y peptonatos de mercurio, obtenidos los primeros por la acción de la clara de huevo diluída (al 1 por 8) sobre una solución al 4 por 100 de mercurio en presencia del cloruro de sodio, y el segundo haciendo actuar la peptona de carne sobre el cloruro de sodio en presencia de la misma sal, son compuestos que aunque empleados con entusiasmo en el tratamiento de la sífilis, deben relegarse á un lugar secundario, porque su composición poco definida no autoriza del todo la racionalidad de su empleo. Otro tanto podemos decir del salicilato de mercurio.

El benzoato de mercurio es la sal á la que podemos cargar en cuenta el mayor número de nuestros felices resultados en la clínica; se obtiene tratando el nitrato ácido de mercurio por el benzoato de

sosa. El comercio da dos sales distintas de esta sal: una soluble en disoluciones de cloruro de sodio, y con caracteres de estabilidad, que al decir de nuestros preparadores, tiene los caracteres del benzoato mercúrico; la otra, más inestable y poco soluble, cuyos caracteres recuerdan al benzoato mercurioso. Del empleo de esta sal, siempre por vía hipodérmica, hemos obtenido excelentes resultados, sin que sus acciones fisiológicas de eliminación hayan sido motivo de suspender nuestro tratamiento. Obteniendo soluciones en suero fisiológico desde el *dos* al 5 por 100 con la cantidad de *cocaína* suficiente para no conseguir la precipitación del alcaloide (un cuarto de centigramo por gramo, próximamente), se obtienen soluciones lo suficientemente estables para conseguir una fórmula de inyección que, aunque algo dolorosa, sus efectos compensan de un modo completo las pequeñas molestias que determinan.

Los demás compuestos, el amido-peptonato de mercurio, el timolato, las distintas preparaciones especiales que, como el enesol, resultan excelentes en manos de otros especialistas, han sido poco empleados por nosotros.

***

Las distintas preparaciones que del mercurio se emplean en terapéutica para el tratamiento de la sífilis en general, recurriéndose con frecuencia para la especial curación de estas neuropatías que nos ocupan, son las distintas pomadas en que entra por base el mercurio mezclado á la manteca sin sal, en condiciones de tal intensidad, que en la preparación farmacéutica no se observa el mercurio al impregnar con ella un papel filtro.

La F. E. distingue tres: 1.ª, ungüento mercurial doble, formado por iguales cantidades de pomada sin sal y mercurio metálico; 2.ª, ungüento mercurial simple, compuesto de dos partes de manteca y una de pomada mercurial doble; 3.ª, ungüento terciado, formado por dos partes del doble y una de manteca.

Los emplastos y franelas impregnados en la pomada mercurial, con el fin de producir sus efectos por absorción en cualquier región, durante la noche, es procedimiento que carece de utilidad para el fin que nos proponemos.

La preparación farmacéutica más empleada por nosotros del mercurio metálico es la que Lang aconseja con el nombre de aceite gris, compuesta de mercurio metálico y lanolina, aa. tres partes; aceite de olivas esterilizado, cuatro partes. La fórmula empleada por nosotros es la preparada con arreglo á la técnica recomendada por el *Formulaire des pharmaciens français*, 1904, Orleans, cuya preparación nos ha sido siempre suministrada por la Real Oficina de Farmacia, dirigida por el Dr. Bayod. La fórmula que contiene un

20 por 100 de mercurio, y que nosotros damos el nombre de fórmula de Lang fuerte, se compone de:

Mercurio metálico.....	19 gramos.
Pomada mercurial doble.....	2 »

M. y tritúrese en un mortero flameado con alcohol hasta extinguir el mercurio, y añadir después:

Vaselina blanda.....	40 gramos.
» líquida.....	39 »

M. y guárdese en frasco de tapón de cristal, calentando hasta licuar la mezcla en el momento de aplicarla.

A esta fórmula referimos siempre nuestras indicaciones.

De los cloruros de mercurio el calomelanos ha sido administrado por vía gástrica, dosificado en pequeñas cantidades para que, evitando su acción colagoga por aumentar el peristaltismo intestinal, quede garantizada la absorción, que se consigue administrándolo, según el método de Lang, unido al azúcar de leche.

D.ª

Calomelanos al vapor.....	5 decigs.
Lactosa.....	4 gramos.

M. y háganse 20 papelillos. Uno cada cuatro horas.

Scarenzio propone el frecuente empleo de esta sal administrada por vía hipodérmica, en forma de preparación de Balzer:

Calomelanos.....	1,50 gramos.
Aceite de olivas.....	50 c. c.

Una jeringuilla de un gramo cada seis ú ocho días.

El sublimado, en forma de licor de Van Swieten (disolución hidro-alcohólica al 1 por 1.000), se emplea en copas graduadoras en cantidad de dos á cuatro gramos en dos ó tres veces al día.

Esta sal ha sido empleada por Lewin, comunicando sus resultados al Congreso francés de Medicina de 1867, utilizando en su técnica la siguiente fórmula:

Deutocloruro de mercurio.....	2 decigramos.
Agua destilada.....	30 gramos.

Liegeois modificaba la fórmula poniendo:

Agua destilada.....	100 gramos.
Sublimado.....	20 centigramos.
Cloruro mórfico.....	1 »

(La disolución del alcaloide en presencia de la sal mercurial requiere una escrupulosa técnica.) De esta disolución inyecta dos gramos diarios, equivalente á cuatro miligramos de sublimado.

De los ioduros de mercurio, el *protoioduro* parece ser la sal de elección para la ingestión gástrica, formando la base de las píldoras de Ricord.

Protoioduro hidrargírico	3 gramos.
Extracto tebaico	1 »
Tridáceo	3 »
Conserva de rosas	6 »

M. y h. s. a. 60 píldoras.

Fournier recomienda disminuir la cantidad de opio, y propone la siguiente fórmula:

Extracto blando de quina	aa. 5 centigramos.
Protoioduro hidrargírico	
Extracto tebaico	1 »

M. y h. s. a. una píldora.

El biyoduro de mercurio, unido al ioduro potásico, forma la base del jarabe de Gibert, y por nosotros ha sido empleado disuelto en aceite de olivas y en agua á beneficio del ioduro potásico, por la aplicación hipodérmica.

La fórmula empleada por nosotros, aunque de técnica difícil, se prepara del modo siguiente:

Tómense 50 gramos de aceite puro de olivas, mézclese con 16 gramos de alcohol de 90°, téngase en un frasco durante veinticuatro horas después de agitarlo bien. Sepárese el alcohol por decantación, y expúlsese el que quede celentando la mezcla á 90° hasta dejarlo purgado del todo. Elévese la temperatura á 115° con lectura termométrica, sin sobrepasarla, durante un cuarto de hora; déjese enfriar hasta 70°, y agréguese *20 centigramos de biyoduro de mercurio puro*, agitando la mezcla con una varilla de cristal hasta lograr la completa disolución. Fíltrese á través de un embudo esterilizado con algodón hidrófilo ó sublimado. Recójase en un frasco de cristal al abrigo de la luz.

La disolución así obtenida después de las operaciones de purificación del aceite se mantiene en una titulación de medio centigramo de sal por gramo de vehículo.

La disolución acuosa del biyoduro ha sido obtenida por nosotros á beneficio del ioduro potásico agregando la ligerísima cantidad de cocaína ó morfina que permita la precipitación del alcaloide en presencia de la sal mercurial, titulando las disoluciones á *dos* centigramos de mercurio por gramo de líquido.

Las disoluciones de peptonato, albuminato y salicilatos de mercurio han sido poco empleadas por nosotros; las más aconsejadas son las titulaciones al uno ó dos por ciento, poniendo un centímetro cú-

bico de la disolución y tanteando sus efectos por la resistencia del enfermo.

Las más empleadas por nosotros son las preparaciones de aceite gris entre los compuestos insolubles, y las disoluciones de benzoato, mercurio y biyoduro entre las solubles. A ellas sólo hemos de atenernos, y á estas preparaciones nos hemos referido en el tratamiento de nuestros enfermos.

Respecto de la técnica, sólo es necesario guardar todas las precauciones de asepsia que las prácticas aconsejan, usando agujas esterilizables (platino irídeo) á la lámpara de alcohol ó por hervido, y la asepsia completa de la jeringa, que por nosotros ha sido preferida siempre la de Luer graduada. El sitio de elección es para estas aplicaciones la región glútea, apartando la aplicación de la zona del ciático y llevando el líquido á región profunda, huyendo á las regiones vasculares, de las que cuidaremos para no hacer la aplicación intravenosa.

EFECTOS FISIOLÓGICOS DE LAS INYECCIONES MERCURIALES

Si nos atuviésemos á los fenómenos fisiológicos que se descubren como acción propia de este compuesto terapéutico, el temor á esos efectos eliminadores del mercurio hubiera limitado nuestras aplicaciones en perjuicio de los enfermos, que, gracias á nuestra valentía, curaron unos y se sostuvieron otros, á pesar de la gravedad con que era amenazada su vida por la índole de sus lesiones. Esos terroríficos cuadros de constante saliveo, de sangrantes y agudas estomatitis, de molestas glositis, úlceras y desprendimientos de los dientes, jamás fué observada por nosotros en ningún enfermo, al que previamente se le recomendó el cuidado de la boca, el empaste y extracción de sus dientes cariados é inútiles; tanto es así, que en muchos casos hemos esperado inútilmente la presentación del ptialismo y sólo los fenómenos intestinales nos indicaron la necesidad de disminuir nuestras dosis. Por parte del tubo intestinal, algunos dolores, cólicos con frecuentes evacuaciones, nos han llamado la atención; y en esto hemos fundado la tolerancia individual; para combatirlos la supresión accidental del tratamiento es suficiente; y que en todo caso una dieta láctea los previene con éxito en enfermos en los que sospechemos ó el análisis nos manifieste deficiencia eliminadora de sus riñones.

Los fenómenos observados por nosotros se refieren á molestias locales por la inyección, variables según la cantidad y concentración del producto, siendo el aceite gris más tolerado que el benzoato y biyoduro, que parecen ser más dolorosos, pero siempre en relación con el grado de resistencia individual y, sobre todo, con la

cantidad; que algunos de nuestros enfermos ha sido verdadera la valentía con que se dispusieron al tratamiento. En algunos casos la tumefacción dolorosa alarma á los enfermos, más en el caso de alguna ligera reacción febril que prejuzga la idea del inminente absceso, que en ningún caso de nuestra práctica tuvo lugar, aunque en algunas ocasiones lo temiéramos con fundamento. La aplicación de algunas compresas calientes de líquidos antisépticos fué suficiente para evitarlo. El temor á embolias por las inyecciones de aceite gris debe ser menos frecuente que lo consignado por los autores, á juzgar de la inocuidad con que llegamos á dosis grandes de estas inyecciones. No obstante esto, el peligro es posible, y justo es prevenirlo. Los demás fenómenos fueron reemplazados por una ligerísima hiperemia bucal con pequeña sialorrea y cierto grado de depresión física, que algunos casos obligaron á disminuir dosis en el tratamiento; por lo demás, el alivio en muchos casos, y la persistencia de los síntomas morbosos en otros, fueron la guía en el tratamiento mercurial.

RESULTADOS TERAPÉUTICOS DE LAS INYECCIONES MERCURIALES, FORMAS DE ADMINISTRACIÓN Y DOSIS

La necesidad de establecer enérgicas indicaciones, recurriendo á medios de acción rápida, llevó á nuestra atención por el camino de emplear sistemáticamente las inyecciones mercuriales en todos los casos de neuropatías específicas que por su grado y forma de localización exigieran este proceder terapéutico.

Todas las formas de medicación estudiadas serían buenas si los resultados terapéuticos se hicieran notar á los pocos días de su administración. Las fricciones, que, como procedimiento más clásico, suma el mayor número de prosélitos, serían recomendables si la mayor parte de los enfermos se sometieran á las molestias de su técnica, contando con una cuidadosa práctica que está muy lejos de seguirse por la mayoría de los enfermos que nos consultan.

La ingestión por vía gástrica de los calomelanos por el método de Lang, de los preparados de protoioduro hidrargírico, recomendados por muchos en todos los casos, no están aceptos en esa pléyade de trastornos gastro-intestinales que, fatigando á los enfermos, hacen renunciar á un tratamiento útil, y, produciéndose la prematura expulsión de la droga, disminuye la cantidad necesaria de dosis circulante. Quédense estos preparados por vía gástrica para los primeros períodos de sífilis de benigna marcha, durante la época en que los accidentes, no amenazando peligro á la existencia del enfermo, dan tiempo á modificarlos con tratamientos lentos y suaves.

En neuropatología los accidentes, apenas iniciados, son letales

por la destrucción de parénquimas tan delicados que, si no la vida, en todos los casos comprometen la función de un territorio que estamos llamados á defender; y subordinando nuestro estudio á la práctica de nuestros resultados, haremos mención de los tratamientos en el orden establecido en el curso de este trabajo.

Neurosis específicas.—La convicción de que una neurastenia, un histerismo ó una epilepsia sean de causa específica autoriza la administración del mercurio en forma de aceite gris; que, tratándose de neurosismos sintomáticos, no importa esperar la acción del medicamento, más lenta que los otros dos preparados solubles. En efecto, con el aceite gris va una determinada cantidad de mercurio metálico que, almacenado en el tejido, forma un depósito medicamentoso del que con cierta lentitud se va aprovechando el organismo enfermo. La lentitud de su acción se evita en parte con la administración simultánea del *ioduro potásico*, que precipita la acción mercurializante, dando más actividad á los efectos del mercurio, por formar con este cuerpo un ioduro de mercurio soluble y eficaz. La asociación de los mercurios en ciertos casos de epilepsias de grandes ataques establece una coindicación útil y de felices resultados.

Para evitar las molestias que supondría la aplicación diaria de unas cuantas gotas de aceite gris, nuestra práctica se apartó de lo aconsejado por los autores, tanteando dosis crecientes del preparado de Lang, aumentando el intervalo de las aplicaciones, y observando con verdadera sorpresa que con cuidado puede llegarse á dosis del medicamento que el mismo Lang consideraría peligrosísimas por su cantidad. Nosotros hemos llegado á aplicar, sin inconveniente alguno, *una inyección semanal de dos gramos de su fórmula fuerte (dos decigramos por centímetro cúbico), sin que durante diez ó doce inyecciones, tiempo que duró el tratamiento en algunos casos, hayamos visto el menor accidente.* La administración iododurada, acompañando á las inyecciones, seguida una temporada después, corroboró el complemento terapéutico en estas formas de neurosis específicas. El baño eléctrico en estos casos ayudó de modo visible al éxito.

Formas agudas.—Si al prefijar el diagnóstico de las formas comatosas iniciales, intervenimos con energía y del modo más prematuro posible, podremos subsanar muchos accidentes de los iniciados y prevenir las fatales consecuencias que como reliquias quedan después que ceden los fenómenos agudos. En estos casos, aunque la medicación llevada á cabo con el aceite gris podría proporcionar éxitos, más segura sería la intervención practicada con una sal soluble, que por su fácil absorción se integra pronto, realizando sus efectos con más rapidez y seguridad. La técnica en estos casos, más cuidadosa si cabe, por la postración en que estos enfermos se en-

cuentran, se reduce á la aplicación de un centigramo diario de bioduro hidrargírico, ó dos del benzoato, aumentando las dosis según la tolerancia y los efectos, muy particulares en cada caso. La quietud, el reposo y el mayor cuidado, que estos enfermos merecen por la gravedad de sus síntomas, completan el tratamiento en estas formas agudas, cuando la práctica de las reglas habituales nos ayuden á colocarlos en las mejores condiciones que exigen los enfermos afectos de un proceso agudo.

Sífilis cerebro-meníngea y vascular.—En estas formas, si somos consultados en la época de los síntomas prodrómicos, el tratamiento debe ser continuado por medio de las sales solubles en las mismas circunstancias anteriormente expuestas, hasta ver terminar los signos alarmantes, añadiendo, si motivo hay para ello, y si la tolerancia del enfermo lo permite, la medicación iodurada, tan útil en estos períodos de la sífilis. Con esta conducta nos ha parecido ver la mejoría y la retrogradación de los síntomas en enfermos en los que sus frecuentes cefaleas, afasias transitorias y tenaces parestesias se nos presentaron con preludios de accidentes graves del período terciario.

En las formas de evolución terminadas poco puede la medicación específica, como no sea corregir en parte las lesiones existentes y prevenir las futuras; en estos casos, la acción más lenta del aceite gris con el ioduro potásico, guardando intervalos de descanso, ha sido en nuestras manos suficiente para remediar lo que de remediable tengan las lesiones, ya vasculares, ya de la esclerosis meningea y de residuos gomosos que sean los responsables de los síntomas observados. A idéntico criterio terapéutico debemos someter las oftalmoplegias que de origen específico con tanta frecuencia observamos.

En las formas psíquicas.—El tratamiento debe ser enérgico, valiéndonos de las sales solubles, porque en estos casos, si se tratan con energía en una fase muy incipiente de sus acontecimientos sintomáticos, el éxito corona en muchas ocasiones nuestras esperanzas.

Formas agudas medulares.—En la mielitis aguda y en el reblandecimiento medular sifilítico, el criterio de tratamiento debe subordinarse á lo consignado para las formas comatosas iniciales, con las que guardan gran parecido, por sus síntomas y tiempo de su presentación.

En las mielitis crónicas, formas de esclerosis difusa y pseudotabéticas.—La medicación mixta en la misma forma de las lesiones crónicas del cerebro es suficiente, á juzgar por los resultados de nuestra práctica; no obstante, nuestro cuidado en corregir otros síntomas por los medios físicos, entre los que el masaje y la electrote-

rapia, en forma de galvanización cuidadosa á lo largo de la columna vertebral, las corrientes galvano-farádicas Watevill á las regiones paralizadas ó atróficas, y la reeducación de los movimientos, forman el completo de un largo tratamiento, que sólo con la fe y esperanza de la curación es seguido con paciencia por los enfermos.

En las neuritis atróficas y en las neuralgias. — Atendiendo con cuidado al tratamiento local con medios físicos en forma de corrientes alternativas en las primeras, galvánicas con inversiones frecuentes de las corrientes é interrupciones, para provocar contracciones musculares por los choques voltaicos, y aplicaciones polares de forma anodal en las segundas, el tratamiento general antisifilítico puede llenarse con menos energía, aunque su continuidad sea necesaria para evitar ulteriores accidentes. Tanto hemos de decir de las neuropatías específicas hereditarias, en las que pocas veces estamos autorizados á una justa esperanza de curación, al menos que no se sigan muy de cerca y muy claro resulte el origen específico, que, por lo demás, el tratamiento hemos de subordinarlo á la edad y condiciones del sujeto enfermo.

***

En la mayoría de estos tratamientos hemos puesto de relieve la oportunidad terapéutica de un método intensivo, desde el momento que los accidentes son los que obligan á una intervención en las fases activas y tratables, subordinando ésta al grado de intensidad, á que se presten los fenómenos, y á la constitución, resistencia y tolerancia del enfermo. Con este concepto terapéutico tendremos presente la elevación de dosis que requiera el caso que observamos, el cambio de preparación mercurial que se opone á la tolerancia del hábito y la supresión del tratamiento ó la sustitución por los iódicos cuando oportuno sea el cambio medicamentoso.

El aumento de las dosis ha sido práctica seguida por nosotros con el fundamento de nuestra firme convicción de que en la mayoría de las curas hidrargíricas los resultados, en muchos casos, están en razón directa de las dosis empleadas; por ello, valiéndonos de nuestros predilectos preparados, al usar tanto el aceite gris como las sales solubles, el tanteo ha presidido nuestra conducta, llegando á las dosis indicadas anteriormente sin peligro alguno, desde el momento que la averiguación de los síntomas y la observación de los fenómenos guiaba nuestra mano en el empleo del indicado mercurial.

El cambio del compuesto inyectable ha sido por nosotros fundado en el criterio de la modificación observada en el proceso existente y la prevención de las complicaciones posibles, estableciendo por ello el firme criterio de la oportunidad terapéutica, que adaptando

á nuestra práctica lo establecido para el tratamiento de la sífilis en general, entendemos por esto no ya la busca de un lapso de tiempo, que es necesario para que la economía pierda el hábito al mercurio haciendo nuevamente eficaz su acción; sino que tratándose de las neuropatías orgánicas de que nos ocupamos, el cambio del preparado ó la suspensión del tratamiento debe subordinarse siempre á la marcha del proceso morboso, sin perder de vista el modo como se efectúa la eliminación mercurial, haciendo la investigación cuantitativa de él en las orinas, y determinando si la dosis eliminada cada día sigue una progresión creciente hasta alcanzar su máximo á los quince ó veinte días del tratamiento, suspendiendo entonces hasta observar la disminución de la curva eliminatoria. Nuestra práctica se siguió en los casos de sífilis cerebral, aplicando el tratamiento, como queda dicho, utilizando las sales solubles, porque su acción rápida garantiza en cierto modo la retrogradación de los accidentes; tratamiento continuado con la observación de los fenómenos, y si es posible de la eliminación renal, hasta lograr la desaparición de los síntomas molestos por su gravedad, y de cuantos signos nos indiquen la actividad morbosa del proceso; suspensión del tratamiento durante algún tiempo hasta ver descender la eliminación, volviendo á reanudarlo aplicando entonces el *aceite gris* (una inyección semanal de dos centímetros cúbicos) con el ioduro potásico. Después de un mes próximamente, si nuevos síntomas no lo exigen, supresión del plan mercurial, siendo del todo sustituído por la medicación iodurada durante algún tiempo para ser alternada por la cura termal sulfurosa en algunos casos.

A esta conducta hemos subordinado el tratamiento de la mayoría de los casos, con pequeñas variantes, según sean las localizaciones y el grado de peligro que éstas ofrezcan.

GRADO DE CURABILIDAD. PRONÓSTICO DE ESTAS NEUROPATÍAS

No puede darse una regla segura á la cual pueda subordinarse el pronóstico de una neuropatía sifilítica; de la lectura de nuestras observaciones nada en concreto puedo deciros que haga referencia á un criterio absoluto de pronóstico; no obstante, dentro del grado relativo de curabilidad á que están sometidos los procesos de este origen, tratándose de ellos debemos siempre seguir nuestra terapéutica de la más fundada esperanza de una curación total ó parcial del proceso que observemos.

La sífilis ataca á los centros y periferia nerviosa en cualquier período de su evolución; y si bien las localizaciones cerebrales no tienen relación con la gravedad de los primeros accidentes de la sífilis, en lo que á la medula se refiere las cosas ocurren de distinto mo-

do, manifestándose con más intensidad y como formas graves las complicaciones prematuras de la infección; de todos modos, estas localizaciones del mal se encuentran relacionadas, según hemos visto en la etiología, con el mayor ó menor grado de fatiga nerviosa á que estén sometidos los individuos que las sufren; pero en cuanto á su pronóstico se refiere, las localizaciones cerebrales son tanto más curables cuanto más próximas al período inicial aparecen; y las que en formas de *neuritis específicas* se manifiestan puede en general asignársele un pronóstico más benigno cuanto más se consideren dentro de la fase secundaria del proceso específico. Estas lesiones precoces tienen el carácter, según Lancereaux, de ser superficiales y difusas, más justiciables por tanto de un proceso terapéutico bien dirigido.

Lo frecuente en la clínica neurológica es entendérnoslas con localizaciones tardías de sífilis antiguas, que muchas veces fueron abandonadas desde un principio; y en estas circunstancias la regla de pronóstico guarda relación con la mayor ó menor intensidad de la localización morbosa y con el grado de tratamiento á que en la antigüedad estuvo sometido el enfermo. Si una neuropatía específica se nos muestra con grandes desórdenes funcionales, con acentuados fenómenos paralíticos, con algunas contracturas que por su permanencia indican degeneraciones irremediables, con trastornos sensitivos que por su grado indican mayor extensión de las lesiones anatómicas, y con accidentes psíquicos que en la sífilis de localización cerebral envuelve un mal augurio, el caso en cuestión no se prestará con seguridad á grandes esperanzas de éxito, aunque por esto no dejemos de intentar el plan curativo con arreglo á los preceptos indicados, hasta tanto que después de algún tiempo los acontecimientos nos indiquen la necesidad de la supresión del tratamiento por ineficaz.

Tanto hemos de decir de los accidentes medulares y de los nervios propiamente dichos, á cuyas destrucciones anatómicas, manifestadas por la complejidad de los síntomas tróficos, hemos de atender para el pronóstico de probable curación. Por el contrario, en aquellas otras formas comprendidas en el período prodrómico; cuando los síntomas somáticos no han hecho más que iniciarse; cuando los accidentes motores están representados por paresias ó fugaces parálisis; cuando la cefalea rebelde, acompañándose de estos síntomas, indica graves acontecimientos, en estos casos el tratamiento á tiempo y con energía representará la segura curación en la mayoría de los enfermos.

El tratamiento á que estos enfermos estuvieran sometidos es asunto de gran importancia pronóstica, pues si bien la tara de medicación no está reglada de un modo fijo para cada enfermo, es muy

probable que las complicaciones que ofrezcan los enfermos bien tratados no se dejen influir por una nueva medicación, aunque legítimo sea intentarlo, porque aquella sífilis, poseída de un carácter maligno, corre sus etapas, á pesar de todo plan, sin duda porque á sus circunstancias morbosas se unen otros factores patogénicos de tanta importancia ó más que la misma sífilis. En las sífilis abandonadas á su natural curso las complicaciones de cualquier clase caen bajo el dominio de nuestra terapéutica; en éstas debemos con verdadera fe desplegar nuestros cuidados de tratamiento.

La índole puramente clínica de este trabajo no nos permite establecer principios generales, más que aquellos nacidos de la observación directa del caso que se nos presenta, subordinando á sus caracteres el juicio pronóstico, que en muchos de los enfermos seguirá de cerca á la prueba terapéutica emprendida.

BIBLIOGRAFÍA

H. Lamy.—Sífilis de los centros nerviosos (Enciclopedia Charcot).

Lancereaux.—Des affections nerveuses syphilitiques. París, 1861.

Idem.—Traité historique et pratique de la syphilis. París, 1874.

Cornil.—Leçons sur la syphilis. París, 1879.

O. Kaler.—Die multiple syphilitische Wurzeleneuritis, 1887.

Mercier.—Syphilis cérébrale à forme comatouse. París, 1875.

Mallet.—Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique. París, 1891.

Fournier.—La syphilis du cerveau. París, 1878.

Mairet.—Alienation mentale syphilitique. París, 1893.

H. Oppenheim.—Enfermedades nerviosas. Berlín, 1901.

Th. Ziehen.—Sífilis de las meninges cerebrales (Enciclopedia de Ebstein).

H. Obersteiner y *E. Redlich.*—Afecciones sifilíticas de la medula y sus cubiertas (Enciclopedia de Ebstein).

Fernández Sanz.—Oftalmoplegias (*La Correspondencia Médica*).—Mielitis aguda (*El Siglo Médico*).

Dieulafoy.—Patología interna. París, 1887.

Gowers.—London, 1880.

F. J. Collet.—Patología interna. Lyón, 1898.

Mendel.—Psicosis sifilíticas (Enciclopedia Ebstein).

R. du Castel.—Tratamiento de la sífilis. Terapéutica aplicada de Robin.

Fournier.—Tratamiento de la sífilis. París.

P. Raymond.—Sueroterapia de la sífilis (*Progrès Médical*), 1895.

Mauriac.—Tratamiento de la sífilis, 1895.

Alcina.—Lecciones de Terapéutica. Cádiz, 1896 á 97.

Diday.—Anales de Dermatología y Sifilografía, 1882.

Mancuat.—Terapéutica general. París, 1894.

TRABAJOS ORIGINALES EN FOLLETOS

Las parálisis del facial (Tesis de Doctorado). Montilla, 1901.

Patogenia de relación entre las neurosis y el artritismo. Madrid, 1902.

Trofoneurosis facial (XIV Congreso de Medicina). Madrid, 1903.

La neurastenia. Sus causas y tratamiento (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*).

Las neurosis sintomáticas. Madrid, 1906.

Las neuralgias. Génesis y tratamiento. Madrid, 1907.

Esclerosis cerebrales infantiles. Madrid, 1907.

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y LA ORTOPEDIA EN LAS PARÁLISIS INFANTILES

Conferencia dada en 30 de Enero en el Hospital de la Princesa

POR EL DR. D. JOSÉ BLANC Y FORTACÍN

Jefe de la consulta de cirugía infantil en el expresado Hospital.

No he de esforzarme en hacer comprender que todos aquellos medios ó mecanismos quirúrgicos ú ortopédicos de que voy á ocuparme no se dirigen á la lesión medular que constituye el substratum anatómico de la parálisis infantil. Sabido es por todos que esa lesión es una poliomielitis anterior, la cual da lugar en un principio á un cuadro aparatoso, febril, con paralización total de los músculos de tronco y extremidades; que la rehabilitación funcional va operándose, lentamente unas veces, rápidamente otras, en todos los músculos de la economía, excepto en un grupo limitado, que raras veces constituye todo el territorio de enervación de un nervio, más raras veces un segmento de extremidad y casi nunca un miembro entero. Ahora bien: dependiendo la posición de las columnas óseas de sustentación de la acción simultánea de dos grupos musculares antagonistas, cuando uno de éstos se inhibe en su función, el opuesto se hace preponderante y arrastrará á la extremidad en el sentido de su acción, de donde resultará una posición viciosa. Esta actitud dará lugar: 1.°, á alteraciones anatomo-patológicas articulares. 2.°, á contracturas y retracciones del grupo musculoso preponderante; 3.°, si el individuo hace uso de la extremidad colocada en aquella posición, á las lesiones consecutivas ó emanadas directamente de la parálisis se unirán otras resultantes del ejercicio con aquella extremidad cuya arquitectura se halla desquiciada, y que, por tanto, tiene que sufrir roces, presiones, etc., en puntos diametralmente opuestos para esas funciones. Sabido es que la anatomía se modifica, no ya esencialmente, pero sí en consonancia y en la medida que la función nueva lo exige.

Aclaremos con un ejemplo todas estas cuestiones. Sea, por ejemplo, un pie equino. Paralizados el músculo tibial anterior y el extensor del dedo gordo, y algunas veces los de los dedos, el triceps sural preponderante ha colocado al pie en cuestión en equinismo. A medida que la retracción y contractura de ese grupo muscular sea mayor y, por tanto, más acentuado el equinismo, la polea astragalina contactará con la mortaja tibio-peronea, según una línea cada vez

más posterior; en consecuencia, al par que se irá operando una subluxación del astrágalo hacia delante, irá atrofiándose el cartílago diartrodial en aquellas superficies donde el contacto articular no se verifique, y distendiéndose la cápsula articular en esa región anterior; si el individuo portador de semejantes lesiones anda, la presión que normalmente se soporta sobre el talón y las extremidades del primero y quinto metatarsianos se efectúa toda ella sobre la línea intermetacarpo-falángica, la cual adquirirá, y adquiere de hecho, un desarrollo desproporcionado al talón, que, atrofiándose, llega á parecer una espina, sirviendo, como sirve, sólo de punto de inserción de un tendón; andando el tiempo, y si la parálisis no alcanza á los extensores de los dedos, las falanges irán subluxándose hacia arriba; el cartílago diartrodial irá atrofiándose en las cabezas de los metatarsianos, y éstos irán adquiriendo la disposición de eminencias óseas de sostén, rodeadas del aparato conjuntivo que suele rodearlas (bolsas de grasa, bolsas serosas, etc.).

Pero hay más. Siendo la arquitectura orgánica que permite la bipedestación un sistema de mecanismos que unos á otros se compensan y complementan, no es posible que ninguno de ellos se perturbe sin que los demás se modifiquen y alteren.

Y así vemos que un genuvalgum paralítico que desvía hacia afuera la línea tibial trae como consecuencia inmediata el que el pie se desvíe en varus. De otro modo la sustentación en la planta del pie sería imposible; mas al desviarse el muslo y pierna en el sentido angular representado por el valgus, la longitud trocantéreo-plantar se ha acortado, y si este acortamiento no viene á ser compensado por un equinismo, la pelvis, inclinándose hacia aquel lado, suplirá este acortamiento y evitará una claudicación; pero, por otra parte, la columna lumbar compensará los trastornos de equilibrio de la pelvis inclinándose lateralmente, produciéndose en consecuencia una escoliosis. No es, pues, sólo la deformidad consecutiva á la parálisis la que debe preocuparnos; son también, y muy principalmente, los trastornos consecutivos á un ejercicio realizado en condiciones esqueléticas anormales, ejercicio que no puede menos de traer variaciones en la anatomía de la región por razón de adaptarse á funciones ó presiones nuevas.

Surge de lo dicho bien clara la necesidad de corregir la posición viciosa de la parálisis infantil, no sólo por colocar las cosas en su verdadero lugar, sino por evitar que á la deformidad paralítica se sumen las consiguientes á un ejercicio realizado en condiciones anormales que, como hemos visto, son inabordables quirúrgicamente en razón á ser mutaciones anatómicas.

Razonada ya la necesidad de la corrección y la oportunidad de la misma, veamos cómo se consigue ésta.

Si la posición anormal de la extremidad se halla muy en sus comienzos, la mano basta para corregirla; más tarde la rectificación no podrá obtenerse tan sencillamente, y ora serán precisas maniobras forzadas para vencer contracturas, ora importará romper aparatos ligamentosos ó tendinosos cuya retracción se ha hecho definitiva, ora será necesario que determinadas alteraciones óseas ó disposiciones articulares se modifiquen de modo que la nueva arquitectura sea lo más aproximada á la anatomía normal, ó por lo menos impida la producción de las alteraciones subsiguientes á que antes nos referíamos. Todos estos procederes exigen como complemento los aparatos mecánicos ortopédicos, destinados unas veces á sostener la corrección obtenida, otras veces á reforzar y coadyuvar á la rectificación iniciada.

No es ciertamente la mecánica ortopédica la rama de la medicina que más ha seguido los progresos de esta ciencia. Abandonada muchas veces en manos de comerciantes poco escrupulosos, sin más nociones de ortopedia que las adquiridas á la vista de catálogos de algún constructor, la terapéutica mecánico-ortopédica, ayer más que hoy, ha sido aplicada de modo poco científico, siendo en infinidad de casos completamente ilusorios los resultados que se pretende obtener con algunos de esos aparatos, remedo imperfecto del que verdaderamente ideó la ortopedia para corregir tal ó cual deformidad.

Tres puntos debemos tener en cuenta al hablar de esos aparatos: su *adaptación*, las *articulaciones del mismo*, el *mecanismo de fijación ó corrección que con él se pretende obtener*.

La adaptación del aparato debe ser tal, que los movimientos de él y del segmento sobre el cual se aplican sean completamente solidarios. Para que este principio pueda ser observado sin compresión excesiva del miembro, y por tanto sin que la circulación en el mismo quede dificultada, precisa que su ajuste se haga por superficies y no por líneas, de modo tal que al menor movimiento del aparato su adaptación sea más completa. Supongamos que hemos de adaptar á la rodilla un aparato. Esta articulación se halla comprendida entre dos segmentos cónicos, de base superior el de arriba, muslo, y de base inferior el de abajo, tercio superior de la pierna. Si disponemos el aparato de modo tal que su segmento superior sea un tronco de cono invertido con relación al tronco de cono del muslo, el aparato queda fijado por arriba y le será imposible descender, como fácilmente se comprende, y habremos logrado que el aparato tenga, sin comprimir el muslo, un sólido punto de suspensión. Si hacemos lo mismo con el segmento inferior, impediremos que el aparato se disloque hacia arriba y tendremos del mismo modo conseguida la fijación. En estas condiciones sólo podrá dislocarse en sen-

tido lateral por rotación; mas se evita esto modelando el aparato sobre la rodilla si, como sucede comúnmente, su proyección es triangular ó elíptica.

Es imposible que dos elipses ó dos triángulos giren uno sobre otro. Si la figura de la rodilla se aproximara á la esfera, el desplazamiento, posible en tal caso, podría evitarse prolongando el aparato hasta el pie, con lo cual es evidente que la rotación se evitaría, dada la disposición de este punto de *fijación indirecta*.

Las articulaciones de los aparatos ortopédicos no responden siempre á un mecanismo fisiológico, con lo cual ó determinados movimientos quedan abolidos ó, de ejecutarse, se ejecutan defectuosamente y sin que el aparato cumpla la condición primordial de ser solidario de los movimientos del segmento sobre el cual se aplica. Una de las articulaciones ortopédicas más aparentemente sencilla, la de la rodilla, es en casi todos los aparatos defectuosísima, si se desea que no queden limitados todos los movimientos del ginglimo articular. La flexión de la pierna sobre el muslo supone, no sólo una rotación del cóndilo femoral sobre la plataforma tibial, sino también un deslizamiento en sentido de atrás adelante, de ese cóndilo sobre esa misma superficie, una verdadera propulsión; el mecanismo ortopédico de flexión no puede en manera alguna hacerse sobre un centro ó eje único, sino sobre una serie de ejes (1).

El aparato ortopédico más sencillo es el apósito enyesado; más que como apósito de corrección se emplea como aparato de inmovilización, después de las intervenciones ortopédicas; únicamente en la clase pobre pueden improvisarse con el aparato enyesado mecanismos de corrección interponiendo entre las piezas del apósito férulas ó resortes que le den más resistencia, y que permitan, por tanto, ejercer presión suficiente para lograr esa corrección. En niños de primera edad, en que no hay precisión de mecanismos que permitan la deambulación, empleamos también el apósito enyesado, que, dada la fácil corrección de la deformidad en esta época, surte el efecto deseado. Para evitar que la orina y demás excreciones lo reblandezcan, lo cubrimos con una capa de barniz laca. Ultimamente hemos aplicado á estos casos el celuloide, que, disuelto en acetona, se moldea perfectamente en el molde del segmento enfermo obtenido previamente en yeso.

De los demás apósitos no es posible que me ocupe aquí con la extensión que el asunto merece. Se dirigen á rectificar la posición viciosa, y ello se logra, ó bien con resortes ó bien con férulas. Siempre que sea posible preferiremos aquéllos á éstas, en razón á que ejercen una acción más fisiológica, ó mejor dicho, á que la rectificación

(1) Véase Ducroquet, *Traité de Thérapeutique Orthopédique.*

se ejerce de modo más parecido á lo fisiológico, supliendo la elasticidad del muelle la acción de los músculos paralizados, á la vez que los movimientos de este mismo muelle constituyen, en cierto modo, una extensión continua, débil quizás, pero útil para corregir en algún grado los efectos del elemento contractura, ya que no del elemento retracción.

Pero, en último término, el aparato ortopédico no es, como hemos dicho, más que un medio complementario de otra terapéutica que se pone en juego como elemento primordial. Someter á un miembro deformado por parálisis á una inmovilización prolongada sin otra cosa, es evitar, sí, que la deformidad aumente por el ejercicio si la corrección lograda con el mismo es perfecta, pero á la vez es añadir á las amiotrofias dependientes de la lesión las consecutivas á la inmovilización si el aparato no permite los movimientos que debe permitir. Además, siempre hay que tener en cuenta que el segmento donde la parálisis produjo sus efectos es generalmente un segmento atrófico, sin fuerza, y para el aparato es una sobrecarga, que, de no ponerse en práctica otros medios, constituirá un motivo más de limitación de movimientos y, por ello, de deficiencias nutritivas. Es por esto que en infinidad de casos, á la aplicación del aparato hay que añadir la de otros medios, de que sucintamente vamos á ocuparnos, hablando á la vez de las indicaciones de cada uno.

En esta enumeración nos ocupamos, dado el enunciado de esta conferencia, de los medios de índole quirúrgica.

1.° *Maniobras manuales ó instrumentales forzadas.*—Se dirigen á corregir la deformidad producida por retracción muscular. Aplicadas en épocas adelantadas de la lesión no surten efecto, por las razones que en el comienzo de esta exposición hicimos. Además de que la retracción es fuerte, han ocurrido cambios anatomo-patológicos en segmentos óseos y elementos articulares, y todo ello sumado, constituye un obstáculo poderoso para lograr la corrección sólo por una maniobra manual. En los niños de corta edad, donde los efectos de esa maniobra podrían ser más ostensibles y hacederos, es peligroso por la facilidad de producir con ella desprendimientos epifisarios. El masaje modelador de Lorenz, que en último término es una maniobra forzada, pero con tanteos, me ha servido en algunos casos de pie varus-equino con éxito relativo. Por razones análogas á las arriba expuestas, no he empleado los aparatos de reducción forzada instrumental llamados osteoclastos modeladores.

2.° *Tenotomías y aponeurotomías.*—En el estado actual de la cirugía, y con la posibilidad de que las operaciones sean asépticas, el método subcutáneo debe dejar paso á la sección á campo abierto. Las ventajas aparentes de una herida pequeña y de un trayecto oclusivo, en modo alguno pueden compensar hoy día los posibles in-

convenientes de una operación ciega, de una sección poco limpia, con desgarros inevitables, con sufusiones sanguíneas posibles. Sólo practicaría esa operación cuando la piel fuera difícilmente aseptizable, por nutrición deficiente á consecuencia de inmovilización prolongada ó eczematosa ó con edemas.

3.° *Alargamiento tendinoso.* — La sección tendinosa deja entre los dos cabos del tendón seccionado un espacio que vendrá á rellenar el tejido conjuntivo, por proliferación de la atmósfera peri-tendinosa. Al hacerse adulto ese tejido, quizás pueda, haciéndose retráctil, constituir un motivo de reproducción de la deformidad, si no en el mismo grado, en proporción suficiente para hacer inútil la intervención primitiva. De ahí que se hayan ideado, para sustituir á la simple sección, el alargamiento, operación plástica, sencilla y reglada, que corrige el acortamiento en la medida necesaria á corregir la deformidad; además, el músculo cuyo tendón se alarga conserva su actividad. Esta operación puede aplicarse sólo á tendones anchos, como el de Aquiles.

Las incisiones son múltiples: las más usadas son la en forma de Z y la oblicua; la primera deja dos lengüetas tendinosas, superior é inferior, que se suturan por sus extremos. La otra permite el alargamiento, deslizando uno sobre otro los bordes de la incisión.

El ingenioso procedimiento de desdoblamiento tendinoso de Hibbs, mediante el cual se evitan las suturas tendinosas, nos parecería excelente si no temiéramos que en algún caso estos desdoblamientos provocaran el esfacelo del tendón.

Anastomosis é injertos tendinosos.—Es el ideal de la cirugía que nos ocupa. Sustituir la acción del músculo paralizado por otra análoga, con lo cual se consigue no sólo corregir la posición viciosa, sino devolver á la extremidad su primitiva aptitud funcional. Esto se consigue, ó anastomosando el tendón del músculo paralizado con el de otro de acción análoga, seccionando el tendón del músculo inerte y uniendo su cabo inferior al de otro vecino, ó también seccionando el tendón del músculo sano y uniendo su cabo superior al inferior del músculo paralizado, seccionado también.

Las condiciones en que esta operación ideal puede realizarse son las siguientes: 1.ª Vencer mediante tenotomías ó alargamientos la retracción de los músculos antagonistas. 2.ª Que no existan lesiones óseas acentuadas, ó, si existen, corregirlas previamente. 3.ª Las anastomosis ó injertos tendinosos deben hacerse entre músculos muy próximos y de acción análoga, salvo que mediante un mecanismo determinado se halle el medio de aproximarlos ó hacerlos sinérgicos; así se pueden anastomosar el tendón del tibial anterior en el del extensor del dedo gordo; pero aun estando distantes y siendo casi antagonistas, el tendón del tibial anterior puede in-

jertarse en el del tibial posterior sin más que seccionar ambos, y hacer pasar el cabo superior del tibial anterior á través del ligamento interóseo.

Cada caso particular es en este punto un problema, en el cual entran en consideración: 1.° El *grado de la lesión*. Según cuál sea éste, convendrá ó no proceder á la anastomosis, bastando que una tenotomía ó aponeurotomía coloque á la extremidad en buena actitud, para que aquellos músculos, al parecer completamente inertes, recuperen su actividad perdida é imposibilitada además por la acción de los antagonistas. 2.° La localización de la parálisis: un equino-varus exigirá la anastomosis del tibial anterior (paralizado) con el extensor del dedo gordo, y de éste con los peroneos (paralizados también); un valgus, la anastomosis de una porción del tendón de Aquiles con el tibial posterior y de la extremidad inferior del tibial anterior con el extensor de los dedos; un talus, se corregirá anastomosando el tendón de Aquiles con el flexor común de los dedos. Si el talus á la vez es valgus, se anastomosará el peroneo lateral corto sobre el flexor largo común de los dedos, y el peroneo lateral largo sobre el tendón de Aquiles. Bruns, en un caso de contractura de las rodillas en flexión, injertó el cuádriceps en los tendones del semitendinoso y del biceps con buen resultado. La tercera condición para anastomosis es la seguridad de que los músculos á los cuales va á llevarse el tendón del paralizado se hallen en actitud funcional. Esta condición, á pesar de ser bien evidente, no es siempre en la práctica examinada. Un pie equino directo puede ser tratado, como recientemente hemos hecho, por la anastomosis del tendón del tibial posterior con los extensores de los dedos á través del ligamento interóseo después de la sección del tendón del Aquiles; paralizados los extensores, el predominio de los flexores ha colocado el pie en equinismo. Mas no se olvide que lo que en un principio fué contractura más tarde fué retracción, y que ese músculo retraído y degenerado, á la larga ha podido sufrir lesiones en su textura que le hagan inútil.

Debe, pues, preceder á la operación un examen electro-farádico de los músculos paralizados y de sus antagonistas, que no siempre se hallan en actitud funcional; y en general, de aquellos músculos á quienes se van á injertar los tendones de los paralizados.

Anastomosis musculares.—Se practican en condiciones análogas á las tendinosas. La técnica es sencilla.

Transplantaciones-óseo-tendinosas.—Consiste en variar el punto de implantación ósea de un tendón, de modo que unas veces se atirante ó afloje la tensión del mismo, y otras varíe la dirección, y, por tanto, la acción muscular se ejerce según una línea distinta. Para lograr el objeto que esta operación persigue, se desprende con

el escoplo una laminilla ósea del sitio donde el tendón se inserte, llevándola á otro punto de la superficie ósea, que se habrá previamente avivado. Da excelentes resultados en algunos varus.

Las resecciones.—Cuando las retracciones tendinosas y posiciones viciosas han llegado á determinar trastornos en la arquitectura ósea, ninguna de las operaciones antes descritas puede dar resultado, si antes no se rectifican las alteraciones esqueléticas, y así se extirpan huesos enteros, el astrágalo subluxado y habiendo perdido elementos de deslizamiento en el pie equino, y se escinden cuñas óseas; cuboides en el pie varus, escafoides y astrágalo en el valgus, suturando ó no las superficies óseas destinadas á coaptar.

Artrodesis.—Esta ingeniosa operación, mediante la cual se provoca una anquilosis de una articulación, se halla indicada siempre; y cuando existe una parálisis total de todos los músculos de un segmento de extremidad, ó cuando, hecha una tenotomía, los músculos que sufrieron las consecuencias de la poliomielitis anterior no recuperan aptitud funcional alguna, quedando el segmento articular péndulo é inerte como un miembro de *polichinela*. En estas condiciones sólo puede aspirarse á buscar una actitud que permita ejercitar, aunque incompletamente, la función del segmento articular de que se trate, é inmovilizar ese segmento articular en esa actitud.

En el pie, por ejemplo, si los extensores y flexores se hallan paralizados, ó si, paralizados los extensores, una tenotomía del Aquiles deja al pie en condiciones de laxitud tal, que la posición vertical sea imposible, deberá inmovilizarse ese tobillo, pues con él la deambulación es imposible, y en cambio será factible con el pie inmovilizado en ángulo recto. La parálisis del deltoides y músculos del brazo crea una inutilidad tan absoluta de esa extremidad, que algunos autores, como Ségond, han llegado á practicar amputaciones altas. En efecto: en esta parálisis del deltoides, como también en las traumáticas, he visto producirse, no sólo la impotencia funcional de la extremidad, sino un desplazamiento de las superficies articulares del omoplato y húmero tan considerable, que no faltó práctico que confundiese el caso con una luxación. No hay tal, pues no existe rotura capsular, pero sí hay lo que Hennequin llama desplazamiento secundario pasivo del húmero con pérdida, ó mejor dicho, atrofia rápida de todos los elementos esenciales de movimiento de la articulación (cartílagos diartrodiales, sinovia, etc.); ello indica cuál debe ser la intervención, pues anulados los agentes activos de movimiento, y los elementos de deslizamiento, la supresión de la articulación, ó sea la anquilosis, se impone para que los movimientos del hombro tengan lugar según otro eje ó centro, que será el omoplato, siempre que la porción espinal del trapecio y músculos romboides y angular de la escápula se conserven activos, que es generalmente lo

que sucede. En el codo y rodilla la artrodesis es quizás la única operación que puede hacer útil una extremidad afecta de parálisis infantil; la sección tendinosa alrededor de esas articulaciones no logra más efecto que corregir una posición viciosa; mas por lo general, ni llega en el codo á permitir movimientos amplios, ni en la rodilla se logra la estabilidad suficiente á la bipedestación ó á la deambulación; generalmente, después de la sección tendinosa ó aun después de las anastomosis tendinosas, quedan rodillas oscilantes que, ó exigen el empleo de aparatos ortopédicos, ó aplicación de la artrodesis.

La técnica de la misma es sencilla: abierta la articulación y bien descubiertas las superficies articulares con gubia ó cucharilla, se hace saltar la corteza cartilaginosa de las mismas hasta que quede bien descubierto y avivado el hueso; y una vez decorticadas y bien modeladas las dos superficies destinadas á coaptar, se inmovilizan mediante el apósito inamovible. Kirmisson y otros autores suturan esas superficies, ya mediante hilos de plata ó ya mediante clavijas de marfil, que bien desinfectadas no provocan en el hueso la menor reacción inflamatoria, y que además pueden abandonarse, sin preocuparse de su extracción.

Las incisiones son las generalmente empleadas para las resecciones. Recomendamos sobre todo en la articulación tibio-tarsiana la externa de Kirmisson, que se dirige desde la extremidad inferior del peroné hasta la posterior del quinto metatarsiano. Permite efectuar á un tiempo la artrodesis tibio-tarsiana y medio-tarsiana, que en infinidad de casos hay necesidad de asociar.

Neartrosis.—Es en casos aislados en los que por excepción se acude quirúrgicamente á formar una articulación nueva. Evidente es que se procederá así cuando la articulación primera virtualmente no exista.

Lannelongue, en un caso de luxación paralítica de la cadera, abrió la cápsula y aplicó la cabeza femoral en la cara externa del hueso iliaco; así los roces de ambos huesos provocaron un proceso perióstico en la fosa ilíaca externa, formándose un rodete ó ceja equivalente á una muy rudimentaria cavidad, pero que fijó la posición de la cabeza femoral.

No sabemos las condiciones en virtud de las cuales el autor prefirió esta intervención á la artrodesis coxo-femoral; quizás retracciones musculares impidieran la coaptación de las superficies cotiloídea y femoral, que es lo más probable; fuera de estos casos, á la artrodesis acudiríamos en este género de luxaciones paralíticas.

He ahí la manera como la cirugía puede corregir las deformidades dependientes de una parálisis infantil; la oportunidad de la intervención, de un lado, no dejando que la deformidad se exagere

por un ejercicio realizado durante largo tiempo en posición viciosa de la extremidad afecta; la combinación lógica de los procedimientos quirúrgicos expuestos, que generalmente hay necesidad de asociar, y el empleo de mecanismos ortopédicos racionales, darán siempre por resultado el que la función perturbada se recupere, si no en condiciones exactamente normales, por lo menos en la medida suficiente á realizarla de modo tal, que lo que fué achaque se convierta en mecanismo orgánico de positiva utilidad.

LA EMANACIÓN DEL RADIO EN LAS AGUAS MINERALES

Por Arturo Pérez y Fábregas

Las acciones fisiológica y terapéutica de las aguas minerales habían tenido hasta los momentos actuales una explicación tan oscura, estaban encerradas en un misterio tan impenetrable, que no es extraño que fueran durante largo tiempo muy discutidas y hasta negadas por muchos autores.

El descubrimiento de la radioactividad por Becquerel, durante el curso de sus hermosas investigaciones, sobre la fluorescencia del uranio, y el hallazgo del radio por los esposos Curie en 1898, han venido á descorrer en gran parte el velo que cubría la interpretación de los efectos de las aguas minerales en los individuos sanos y enfermos.

La emanación es una propiedad extraordinaria de los cuerpos radioactivos, descubierta por Rutherford, y que es preciso distinguir de la emisión de rayos α, β y γ, que son característicos del radio. La emanación es una sustancia desconocida, material, que se desprende de todo cuerpo radioactivo, que se difunde en el aire con rapidez suma, y que ha sido considerada por Rutherford y otros físicos como un verdadero gas. La emanación convierte temporalmente en radioactivos todos los cuerpos con los que se pone en contacto; es decir, es la causa que produce la radioactividad inducida. La emanación, á diferencia de los rayos emitidos por el radio, es detenida por cualquier obstáculo material, y puede, por lo tanto, encerrarse en recipientes, como los gases, y disolverse en los líquidos, poseyendo un coeficiente de disolución muy aproximado al del ácido carbónico.

El estudio de estas propiedades de la emanación de los cuerpos radioactivos y su descubrimiento en las aguas minerales, han venido á explicar de una manera clara y terminante muchos de los efectos de las aguas, que por ser maravillosos eran unas veces negados de un modo rotundo, ó acogidos otras por los hombres de ciencia con una sonrisa de ironía escéptica.

Las investigaciones llevadas á cabo por Curie y Laborde en las

aguas minerales de Francia, por Elster y Geiter en Alemania, por otros muchos autores en sus respectivos países, y por Muñoz del Castillo en España, prueban de un modo irrefutable que muchas aguas minerales son radioactivas, y algunas de ellas en una proporción extraordinaria; y, por lo tanto, que es en la mayoría de las veces á esta notable propiedad á la que son debidos muchos de los efectos curativos de las aguas minerales.

La acción fisiológica del radio y de su emanación ha sido objeto de numerosos trabajos. Los más fundamentales los transcribimos á continuación.

Bohn expuso á la acción del radio embriones de rana, y consiguió evoluciones anormales en el crecimiento y desarrollo de los animales, que se hicieron verdaderamente monstruosos; Danysz, en su laboratorio del Instituto Pasteur, encerró larvas de insectos en un tubo de vidrio con radio, sobreviniendo la parálisis y la muerte en dos días. Este mismo experimentador, aplicando un tubo de radio sobre la piel de un animal, provocó la destrucción de la piel en bastante extensión. Si el tubo se colocaba á nivel del cráneo ó de la columna vertebral, se veían sobrevenir parálisis, que se terminaban en breve por la muerte; experiencias que demuestran la extrema sensibilidad del sistema nervioso á la acción del radio.

Las propiedades microbicidas del radio han sido estudiadas por gran número de autores. Aschkinass y Caspari, en Alemania, han conseguido la destrucción del micrococus prodigioso en poco tiempo, después de exponer á la acción del radio cultivos de este microbio. Caspari ha experimentado con el bacilo de la tuberculosis, introduciéndole en los ojos de los conejos de Indias, inyectando al mismo tiempo sustancias radioactivas, y no produciéndose la infección; lo mismo ocurrió con el microbio de la difteria inyectado en los músculos. Danysz consiguió los mismos resultados con el microbio del carbunco, y Hoffman y Scholh con los de la supuración y de la fiebre tifoidea.

La acción de los cuerpos radioactivos no se limita á ejercer una acción total sobre los microbios, sino que también destruye las toxinas segregadas por ellos. Goldberg asegura que las toxinas de la rabia y del muermo se atenúan considerablemente por la acción del radio, y ya se han publicado casos en los que las mordeduras de perros rabiosos y las picaduras de las víboras se han podido detener en su acción tóxica y curarse por medio del radio.

La acción de la emanación del radio sobre el organismo animal fué experimentada primeramente por Curie, Bouchard y Balthazar, y comunicada á la Academia de Ciencias de París. La comunicación refiere que, con el fin expresado, habían hecho respirar á conejos de Indias y ratones en un espacio cerrado cargado de esta emana-

ción, regenerando el aire confinado sin que hubiese pérdida de la emanación.

En estas condiciones se demuestra, al cabo de un tiempo que varía desde una á varias horas, según la cantidad de emanación utilizada, que los animales manifiestan trastornos respiratorios. La respiración reviste un tipo entrecortado; la espiración se hace muy breve, y la pausa respiratoria aumenta; al mismo tiempo el animal se echa, queda inmóvil y se le eriza el pelo. Más tarde cae en un sopor profundo, se enfría; los movimientos respiratorios conservan sus caracteres, pero con frecuencia disminuyen mucho, y en la hora que precede á la muerte no se cuentan más allá de diez, ocho y hasta seis inspiraciones por minuto.

No existen en realidad (á pesar de la inmovilidad y debilitación de los animales) fenómenos paralíticos, porque las irritaciones violentas originan constantemente movimientos reflejos. Existe cierto grado de contractura de los miembros y, en algunas ocasiones, convulsiones.

Las emanaciones del radio transforman en parte el oxígeno del aire en ozono, y es posible que alguien creyese que este gas fuese el causante de los trastornos citados anteriormente; pero ha podido asegurarse de lo contrario, porque sometiendo algunos animales testigos únicamente á la acción del ozono, han muerto mucho más tardíamente, aunque la atmósfera que sufriesen contenga una proporción de ozono veinte veces más considerable.

Las lesiones observadas en la necropsia de los animales muertos por las emanaciones del radio consisten principalmente en una congestión pulmonar sin hemorragias intersticiales ó alveolares y sin alteración de los epitelios. La sangre sufre modificaciones, sobre todo en los leucocitos, cuyo número disminuye *in toto*. La rigidez comienza en el momento mismo de la muerte, y el corazón se detiene en sístole.

Tres horas después de la muerte todavía son radiactivos los tejidos. La radiactividad llega á su máximum en los pelos; después vienen las cápsulas suprarrenales y las pulmonares; la piel afeitada es poco radiactiva. Esta radiactividad defiende la presencia de emanaciones disueltas en los humores y de la radiactividad inducida.

Las experiencias que hemos citado hasta aquí nos revelan que el radio es un elemento de una energía considerable y de efectos terribles aplicado al organismo animal; pero hay que tener presente que estos mismos efectos destructores pueden producirse por todos los medicamentos activos. El arsénico á dosis tóxica mata; usado á dosis terapéutica, excita la nutrición y cura á un organismo debilitado. De la misma manera la emanación del radio, usada á

dosis terapéutica, en lugar de determinar efectos destructores, provocará reacciones saludables, y, como dice Bernard, «las congestiones y las hemorragias se convertirán en un suave estímulo circulatorio, y las acciones paralizantes é inhibitorias en una sedación del sistema nervioso».

La determinación de la dosis terapéutica es asunto de fácil resolución; nos la da hecha la naturaleza, pues sólo consiste en usarla á las mismas dosis que se observan en las aguas minerales.

En este punto la cuestión, era interesante averiguar la acción de la emanación, tal y como se encuentra en los veneros medicinales, sobre los microbios y sobre los animales inferiores, y compararla á la ya conocida por los experimentos que hemos citado.

Con este fin Wintrebert introdujo algunos renacuajos en el agua, suficientemente enfriada, de diferentes manantiales de Plombières, y comparó el desarrollo que éstos experimentaban al que obtenían otros renacuajos en el agua ordinaria. El tamaño y el peso de los animales que vivían en el agua mineral eran mucho mayores que los de los otros al cabo de algún tiempo. De esto deduce el autor la influencia favorable de una radiactividad débil prolongada durante largo tiempo sobre el proceso de la nutrición.

Respecto á la acción de la emanación de las aguas minerales, Kalmann ha hecho estudios muy curiosos en el balneario de Gastein sobre cultivos del *bacillus prodigiosus,* valiéndose de la emanación de las aguas, de la emanación de los gases de las fuentes termales y del sedimento de los manantiales, y siempre ha podido comprobar en mayor ó menor escala que los cultivos de ese microbio, sometidos á la acción de la emanación, prosperan poco ó se detienen en su desarrollo.

El mismo resultado que Kalmann han obtenido Dauwitz en Alemania haciendo actuar la emanación de los residuos radioactivos del tratamiento de la pechblenda, y Bouchard y Balthazard en Francia.

La acción terapéutica de la emanación del radio ha sido también objeto de numerosos estudios, que se han seguido paralelamente á los que se ocupaban en la determinación de los efectos de las sales rádicas en el organismo enfermo.

Las sales de radio han sido empleadas en el tratamiento del *lupus* y del *cáncer*, fundamentándose esta aplicación en el hecho bien comprobado de que las radiaciones atacan y destruyen de preferencia las células jóvenes neoplásicas, mucho antes que los tejidos sanos bien organizados.

Daulos ha propuesto el radio para el tratamiento de las enfermedades de la piel, presentando á la Sociedad Médica de los Hospitales de París bastantes casos curados con este procedimiento.

Soupault ha publicado casos de curación rápida y brillante de inflamaciones articulares *subagudas*, haciendo observar que en todos cuantos casos de artritis *agudas* que ha empleado el radio ha obtenido siempre la agravación de la enfermedad, fenómeno que hace recordar la acción del radio á la de las aguas minerales que curan las formas subagudas y crónicas y están formalmente contraindicadas en los casos agudos de esta afección.

Un hecho de observación, repetidamente comprobado, de las aplicaciones de las sales de radio, ha sido la de suprimir el dolor en todas las enfermedades que se acompañan de este síntoma. Esta propiedad ha sido bien estudiada por Darier en neuralgias faciales, cistitis tuberculosas y cánceres del recto. Por otra parte, Raymond ha podido asegurarse que el radio aplicado *loco-dolenti* calmaba de una manera instantánea los terribles dolores fulgurantes de los atáxicos.

La emanación del radio ha sido aplicada con un objeto terapéutico, primeramente por Laddy, de Londres, y Rutherford, de Montreal, que han usado las inhalaciones de la emanación del torio en el tratamiento de la *tuberculosis*, teniendo en cuenta sus propiedades antifermentativas y antisépticas. La técnica empleada ha sido en uno de ellos recoger la emanación desprendida espontáneamente de una disolución de nitrato de torio, y con este objeto dispusieron dos tubos de vidrio como en un lavador de gas, en un frasco que contenía la disolución de la sal de torio, y que permitían al paciente respirar el aire después de haber pasado á través de la disolución. El otro método consistía en hacer suspender la curación, calentando el óxido de torio. Después de haber hecho uso de esta inhalación, la emanación pasó á fijarse en las células, y en muchos casos se ha comprobado la radioactividad de los tejidos pasados dos y tres días, hecho que se demostró haciendo respirar al paciente en una cámara oscura y disponiendo delante de él una placa fotográfica que resultó impresionada.

Un experimento parecido se llevó á cabo este año pasado en el laboratorio de radiactividad de la Facultad de Ciencias de Madrid, dirigido por el sabio profesor Muñoz del Castillo. En el espacio de tres horas se hizo ingerir á dos personas un litro de agua mineral muy radiactiva, hallándose después que la orina y los gases espirados por estas personas eran radiactivos en un grado notable.

La acción analgésica del radio explica los efectos notablemente sedantes que muchas aguas minerales radiactivas, como Alange, Caldas de Oviedo, Alhama de Aragón, etc., en España, Plombières en Francia y Gastein en Alemania, ejercen sobre el reumatismo. Explica también la antigua costumbre de los campesinos de Joaquimstal, en Bohemia, que colocan sobre las articulaciones reumáticas saquitos que contienen minerales de las minas de pechblenda que allí

existen; y explica asimismo el hecho bien observado de que los mineros que trabajan en los pozos de estas minas, en los que la radiactividad del medio es considerable, no padecen jámás de reumatismo ni de gota, á pesar de los enfriamientos y de la humedad constante á que están sometidos. Danwitz relata que en Viena se están usando en la actualidad baños para combatir el reumatismo, haciendo radiactiva el agua ordinaria por la adición de los residuos radiactivos del tratamiento de la pechblenda de Joaquimstal, habiéndose comprobado magníficos resultados y observado los mismos efectos que en el balneario de Gastein.

Las aguas minerales azoadas de Panticosa, Santa Teresa de Avila, etc., son también radiactivas en un grado notable, y por consiguiente nada tiene de extraño que los efectos que estas aguas ejercen en los catarros y primeros períodos de la tuberculosis sean debidos á esa verdadera acción electiva que la emanación tiene por los órganos respiratorios, que se deduce de los experimentos de Bouchard y Balthazard que hemos citado. El poco tiempo que llevan funcionando las aguas radioazoadas artificiales instaladas en Madrid, y razones de otra índole puramente privada, me impiden insistir en este nuevo aspecto de las aplicaciones médicas de la emanación del radio en esta forma.

La medicación por la emanación del radio la juzgamos de gran utilidad, y sus éxitos explican bien el crédito que siempre han tenido las aguas minerales en el tratamiento de las enfermedades.

Madrid, Junio 1907.

NOTA ACLARATORIA AL PROCEDIMIENTO DE VOLHARD MODIFICADO POR E. SALKOWSKI PARA DOSIFICACIÓN DE LOS CLORUROS DE LA ORINA, DESCRITO POR EL DR. RUDOLF

POR EL DR. JULIO GONZÁLEZ TOMÁS
Del Instituto Rubio.

Entre los procedimientos volumétricos para dosificar los cloruros de una orina, uno de los más empleados por su facilidad de ejecución y exactitud de sus resultados es el de Volhard, modificado por Salkowski.

He aquí cómo lo describe Rudolf:

«Si una solución de nitrato de plata acidulada con cierta cantidad de ácido nítrico se trata con una solución de sulfocianuro amónico, se forma un precipitado blanco, caseoso, que, como el cloruro de plata, es insoluble en el ácido nítrico y soluble en el amoníaco. Si se añade á la orina una sal de óxido de hierro al mismo tiempo que la plata, se forma en el instante en que se precipita toda la pla-

ta un precipitado de color rojo sanguíneo (sulfocianuro de hierro). Si la solución de sulfocianuro de amoníaco es de titulación conocida, puede deducirse la cantidad de plata por la que se ha gastado de la primera para terminar la reacción (coloración roja).»

Si se emplea esta reacción para determinar los cloruros, se trata la solución de cloruro con otra de plata en exceso y de titulación conocida, de manera que quede todavía en la solución cierta cantidad de plata, y se determina entonces toda la cantidad de dicho metal que no ha sido precipitada bajo la forma de cloruros. Para llegar á esto son precisas las soluciones siguientes:

1.ª Ácido nítrico puro, de peso específico de 1,2.

2.ª Solución concentrada de alumbre de hierro amoniacal, exento de cloro. Si no lo está, se la purifica por cristalización.

3.ª Solución de nitrato de plata de titulación conocida. Se disuelve en agua, nitrato de plata químicamente puro y cristalizado, de manera que una solución de un litro contenga 29,075 de nitrato de plata.

Un centímetro cúbico de esta solución corresponde á 1 centigramo de cloruro de sodio.

4.ª Solución de sulfocianuro de amonio (1). Debe tener una concentración tal, que 25 c. c. de esta solución correspondan á 10 de otra de nitrato de plata. Para esto se disuelven en el agua 6,5 á 7 gramos de sulfocianuro de amonio y se atenúa la solución en 400 c. c. Se llena una cubeta con esta mezcla.

Para titular esta solución se colocan en una retorta 10 c. c. de la solución de plata, se diluyen en 100 c. c. de agua y se añaden 4 c. c. de la solución de ácido nítrico y 5 de la de alumbre de hierro amoniacal; se agita con cuidado y se añaden tantos centímetros cúbicos de la solución de sulfocianuro de amonio como sean necesarios para obtener una coloración rojiza, débil, pero persistente.

Se repiten muchas veces estos ensayos, y se toma la cifra media.

Se diluye ahora la solución de sulfocianuro de amonio, hasta que 25 c. c. correspondan á 10 c. c. de la de nitrato de plata.

Si se ha encontrado, por ejemplo, que la reacción final se ha verificado después de la adición de 22 c. c., se encuentra el volumen según el cual un litro debe ser diluído por la siguiente fórmula:

$$22 : 25 = 1.000 : x, \; x = 1.136,3.$$

Debe añadirse, según esto, al litro de esta solución 136,3 c. c. de agua, de manera que 25 c. c. de esta solución correspondan á 10 de la de plata.

Se procede en seguida de la manera siguiente: se toman con la

(1) Véase Leube y Salkowski, l c., pág. 168.

pipeta 10 c. c. de orina y se colocan en una retorta de 100 c. c. de capacidad; se le añaden 50 c. c. de agua, 4 de ácido nítrico y 15 de solución de plata. Se cierra la retorta con un tapón de cristal, y se agita con cuidado hasta que el líquido se haga claro y se deposite su precipitado. Se llena hasta la marca 100 y se filtran 80 c. c. á través de un filtro plegado y no humedecido, en una probeta graduada, limpia y seca ó en una retortita.

Se colocan estos 80 c. c. de líquido en una retorta de 250 c. c. de capacidad, y se añaden 5 c. c. de la solución de alumbre de hierro amoniacal, y después, poco á poco, la de sulfocianuro de amonio, hasta que se obtenga, agitando el líquido, la reacción final (coloración roja débil, pero persistente). Se anota la cantidad de sulfocianuro amónico gastada. En esta titulación está admitido por la experiencia que 15 c. c. de la solución argéntica bastan no sólo para precipitar todo el cloro de la orina, fuertemente acidificada por el ácido nítrico, sino que queda un exceso de nitrato de plata en disolución. Este exceso se determina su volumen por la solución de sulfocianuro amónico, y la proporción de cloro se calcula por la diferencia.

Se calcula la cantidad de cloruro sódico de un litro de orina en gramos por la siguiente fórmula:

$$x = (37{,}5 - {}^{5}/_{4}\,R) \,.\, {}^{4}/_{10}$$

x = la proporción de cloruro sódico contenida en un litro de orina.
R = el número de centímetros cúbicos de la solución de sulfocianuro amónico empleados.

Estas fórmulas resultan de los hechos siguientes: 10 c. c. de solución de plata corresponden á 25 c. c. de la solución de sulfuro de amonio, como 15 c. c. de la primera corresponden á 37,5 de la segunda. Para 100 c. c. de orina sería necesario emplear 37,5 de una solución de sulfocianuro de amonio, menos $^{5}/_{4}$ del sulfocianuro empleado, puesto que 80 c. c. corresponden á la cantidad anotada de sulfocianuro empleada. Así, pues, 100 c. c. (cantidad primitiva de orina) exigen $^{5}/_{4}$ de la cantidad marcada; 25 c. c. de la solución de sulfocianuro equivalen á 10 c. c. de la de plata; de donde 1 c. c. de esta solución corresponde á 0,4 de la de plata.

0,1 c. c. de la solución de plata	representa en sal común	0,01	gramos.
0,4 »	»	0,004	»

Así, pues, para encontrar (37,5 — $^{5}/_{4}$ R) la proporción de cloruro en una cantidad de orina determinada (10 c. c.), hay que multiplicar por 0,004; y para la de 1.000 de orina, por 0,4 = $^{4}/_{10}$.»

Ahora bien: ocurre que operando con orinas de ciertos enfermos, al agregar las primeras gotas de sulfocianuro amónico, el líquido

toma una coloración roja intensa, sin previa formación del precipitado blanco caseoso, con lo cual la reacción pierde todo su valor. Esto es debido á que la orina analizada contiene más de 15 gramos de cloruros por litro, como sucede en las orinas de enfermos tuberculosos en ciertos períodos, en las de los diabéticos azotúricos, etc.; en ellas los 15 c. c. de la solución argéntica se combinan con los cloruros, y, no quedando en el líquido un exceso de solución sin combinar, se tiñe con las primeras gotas de reactivo.

Para evitar esto, es preciso volver á empezar la operación, agregando 30 ó hasta 45 c. c. de la solución de nitrato, en vez de los 15 considerados en la descripción del procedimiento como suficientes, y continuar las manipulaciones en la misma forma, pero restando al hacer el cálculo correspondiente los $^{10}/_{4}$ ó $^{15}/_{4}$ del sulfocianuro empleado de 75 (en vez de 37,5), si han sido 30 c. c. de la solución argéntica los empleados, ó de 112,5, si han sido 45.

Por ser frecuente cuando una reacción sale mal repetir los ensayos una ó más veces, achacando el error á algún olvido en las manipulaciones, al mal estado de algún reactivo ó á cualquiera otra causa, antes de desvanecerlo, fijándose en la base del procedimiento, hacemos esta aclaración, con la cual pretendemos evitar no poco tiempo en manipulaciones inútiles y estériles de laboratorio.

EL ESTÍO

Estudio médico-higiénico-filosófico sobre dicha estación.

POR EL DR. D. NICASIO MARISCAL

Abandonad las playas africanas, enlutadas avecillas de quienes se me hizo creer en mi infancia que llevabais luto por Jesucristo; dejad ese ardiente suelo, vuestro refugio en otoño, cuando los árboles se rinden cargados de madura fruta, y la vid inclina su ramaje para ocultar el ámbar sabrosísimo que el desapiadado vendimiador arrebata; cuando cesa la veda, y en montes y valles resuenan los ladridos de los perros y las detonaciones de las escopetas; atravesad el Estrecho, y volved al hesperio jardín que guarda vuestro nido, y en él eternos recuerdos de amor y de ventura. No oiréis en sus floridos verjeles al favonio de la aurora, susurrar armonioso entre las palmas del oasis como en las cuerdas de un arpa gigantesca, ni al caer la tarde la voz del *muezzin*, que desde el alto *medeneh* convoca á la oración; pero sí escucharéis al despuntar el alba el alegre sonido de la campana que en la vecina aldea despierta al campesino para continuar sus interrumpidas tareas, y al declinar el día, y cuando bañan nuestro hemisferio los suaves tintes del crepúsculo vespertino, el toque de oraciones, que sume en el recogi-

miento al rústico aldeano y á la garrida zagala, tornando al encanto de sus dulcísimos ecos ésta al aprisco y aquél á la cabaña venturosa, oyendo expirar su sonido y viendo salir á Véspero de entre las tinieblas del Oriente.

Partid ya de ese país que tantas memorias gloriosas y aciagas tiene para nuestra península: ahí desapareció D. Sebastián con sus lucidos tercios lusitanos, y ahí se fraguó la infame traición de D. Julián, que abriera las puertas de España á las fanáticas hordas de Muza y de Tarif; ahí un Carlos I, tras de porfiada lucha, plantó su pendón real en Túnez y en la Goleta; y ahí un Cisneros diéranos un Orán, y un O'Donnell y un Prim los lauros inmarcesibles de Wad-Ras y de Castillejos.

Huíd, huíd de ese país que mana sangre española; teatro en todos los tiempos de la enconada guerra que traban entre sí las ambiciones humanas; país de Aníbal y Cleopatra, de Osiris y Moisés; país que viera arribar á sus costas á Dido, y á Eneas, y á Alejandro, y á Escipión, y á Pompeyo, y á César, y á San Luis, y á Napoleón, y á tantos otros como su fortuna ó su desgracia condujo á besar sus arenas encendidas; país, si hospitalario para vosotras, emigrantes golondrinas, libres como el aire que cruzáis, inhospitalario para el hombre en todas épocas, como lo recuerdan Atilio Régulo entre los cartagineses, Pompeyo entre los egipcios, y entre nosotros, y para no citar casos más recientes, las horribles hecatombes de Saida y Alejandría.

Dejad, pues, tan bárbaras regiones, inocentes avecillas, y volad fugaces hacia la culta Europa, porque ya las elevadas sierras se han desprendido de su túnica invernal; esmalta los prados verde alfombra de odoríferas flores recamada; gorjea el ruiseñor, su laringe ensayando en nocturnos deliciosos; luce el astro del día de más vívida manera; florecen y cúbrense los árboles al sentir en sus yemas ateridas el beso despertador de la savia primaveral; truécase el insecto de huevo en larva, y de ésta en crisálida y mariposa; y cielo y tierra y animal y planta despiertan de su letárgico sueño al estentóreo grito con que la alma naturaleza saluda á todo lo creado cuando marca su cronómetro la aurora del verano, la celestial primavera.

Los rayos del sol empiezan á caer perpendicularmente sobre nuestras cabezas; huye el colegial de las enojosas aulas; el hombre de bufete abandona sus legajos y va á buscar en las templadas costas y en las habitaciones campestres algún descanso y refrigerio; recoge el labrador el fruto de sus afanes y sacrificios, escapado á los hielos, sequía, plagas é inundaciones, y si algún imprevisto nublado no malogra sus esperanzas, vésele contemplando extático los elevados tresnales, de doradas espigas construídos, con el pla-

cer que una madre mira á la hija de sus entrañas en el instante de echarle el sacerdote la bendición nupcial.

Destiérranse las ciudades; puéblanse los campos; brindannos, Pomona, con sus regalados frutos; Tetis, con sus frescas ondas y abrillantados cristales; Fauna y Flora, con sus multiplicadas generaciones de insectos, de microzoarios y de micrófitos; los seres de uno y otro reino se desarrollan enérgicamente y ejercen con plenitud todas sus facultades; comienza á bajar Apolo á todo el correr de sus corceles, desde el trópico de Cáncer al segundo punto equinoccial; los días son largos, las noches breves, las labores prolongadas; es la época en que radia con más viveza el calor solar, en que se doran las mieses, en que maduran las frutas de color; es la virilidad del año; es el estío.

Vamos á decir, pues, algo sobre el estío, y no como hasta aquí filosófica y poéticamente, sino cual corresponde á uno que, en lugar de la lira de Anfión, empuña el serpentígero bastón de Esculapio. Allá va, entretanto, su etimología.

Estío, *aestas*, viene, según unos, del verbo latino *stare*, pararse, detenerse, estacionarse; y según otros, del verbo latino también *aestuare*, hervir, borbotar, formado del verbo griego *aitho*, arder, ó de los nombres *hesta*, *hestia*, fuego.

Tres meses componen esta calurosa estación: Julio, Agosto y Septiembre.

Julio, del latino *Julius*, que significa Julio, habíase distinguido con el nombre de *Quintilis* en el antiguo calendario romano instituído por Rómulo; pero después le dieron el nombre de *Julius* en memoria de Julio César, muerto en este mes. Celebrábanse en él muchas fiestas, entre las que merece citarse la instituída en memoria de la piedad filial del patricio Coriolano, que salvó á Roma sólo porque su madre salió á pedírselo, y que á causa de esto pereció asesinado en el campo de los Volscos. El 22 de Julio entra el sol en el signo *Leo* y empieza la canícula. Represéntalo un león, como su nombre latino lo indica, que significa el ardor y fortaleza de los rayos del sol en este mes.

Agosto, derivado de la palabra latina *Augustus*, nombre que le dieron los romanos en memoria de César Augusto, ó que este emperador dispuso se le pusiera en recuerdo de los triunfos que había obtenido en dicho mes, se llamaba antes de este suceso *Sextilis*, porque era el sexto mes del calendario de Rómulo. Estaba consagrado á la diosa Ceres, porque en Agosto se verifica la recolección de cereales. El 22 de éste entra el sol en el signo *Virgo*. Represéntalo una doncella, y significa que la tierra durante el mes de Agosto es tan improductiva como lo es una mujer para la reproducción de la especie humana mientras su estado de virginidad.

Septiembre, derivado del adjetivo numeral ordinal latino *September*, expresa el séptimo lugar que ocupaba en el antiguo calendario romano, antes que se fijara en Enero el principio del año. A pesar de la reforma que tuvo aquel calendario, y á pesar de la diferencia que tiene con el nuestro, subsiste aún este nombre que nada significa. Vulcano, dios del fuego, era la divinidad de este mes. Entra el sol en el signo *Libra* el 22 de Septiembre, en cuya fecha se igualan las noches con los días, y se verifica el equinoccio de otoño. Represéntalo una balanza en equilibrio, cuya significación es la referida igualdad de los días con las noches.

En estío hay más enfermedades y menos defunciones que en invierno. Las enfermedades estivales atacan con especialidad al aparato digestivo y al sistema nervioso. Cólicos, diarreas, gastritis, enteritis, enfermedades del hígado, espasmos, convulsiones, etc., son las dolencias más comunes en esta temporada.

Puede decirse que cada estación disipa las incomodidades de la estación opuesta. La sequedad y el calor del estío, que tanto ofenden á los temperamentos biliosos, secos é irascibles, sacan á flote á los complexiones linfáticas, pituitosas, fofas y catarrales, muy mal avenidas con los fríos y humedades del invierno.

Mas observo que estoy hablando de temperamentos y complexiones, admitiendo su existencia con los antiguos fisiólogos, y como si no supiera la cruzada que en contra de ellos se ha levantado en el moderno campo de la biología. No quiero meterme en discutir si es ó no compatible con la salud el predominio de un aparato sobre otro, empero de todos modos creo que haya alguna diferencia entre el nervioso habitante de los secos y ardientes arenales africanos y el flemático morador de los húmedos y fríos pantanos holandeses; cuál sea ésta no quiero decirlo, pero indudablemente habrán impreso alguna modificación en su organismo y en el solidario equilibrio de sus aparatos climas tan diversos como los en que habitan el flamenco y el beduino.

En estío se aumenta la transpiración cutánea y la secreción de las glándulas sudoríparas, disminuyéndose otro tanto las orinas, las cuales son, por este motivo, más densas y cargadas; he ahí por qué prueba tal estación á los temperamentos húmedos, viejos catarrosos, gotosos, reumáticos, etc.

Las fuerzas vitales son llamadas á la periferia del cuerpo; las vísceras están más debilitadas que en invierno; no se digiere tan bien, especialmente las carnes y las grasas. Un instinto especial nos hace apetecer entonces las legumbres, las verduras y las frutas ácidas y sacarinas del tiempo.

No se debe abusar de las bebidas frías, agua de nieve, helados, etc. El beber agua fría en excesiva cantidad provoca, según la

opinión de muchos médicos, el gran Boerhaave entre ellos, abundantes vómitos y cámaras, corta el sudor y la orina y excita las secreciones interiores; es decir, que es causa de hidropesías.

Pero, sin patrocinar los excesos, creo que, usando moderadamente de ellas, las bebidas frías no tengan nada de insalubres; el agua fresca en verano es un verdadero beneficio para los pueblos, un saludable reconfortador para las personas, y una necesidad higiénica que, si no se satisface, expone á muchas enfermedades. «Es ésta muy agradable al paladar, decía el sapientísimo y genial Alberto de Haller, refiriéndose al agua fría: aplaca la sed al momento y vigoriza el estómago debilitado por el calor; con razón, pues, es preferida en los países cálidos, donde los españoles, sicilianos, malteses y napolitanos la beben mezclándola con nieve, que conservan artificialmente, y cuya mezcla les sienta muy bien. Por último, el uso del agua fría en las fiebres malignas hace remitir su vehemencia, como lo prueban muchos casos.»

No estará mal, en los estíos muy ardorosos, acudir también al riego de los tejados, como se hizo, en 1867 y 1868, en Francia, Bélgica, Italia y otras naciones; pues de este modo se produce una lluvia artificial que templa el extraordinario calor que en el centro del día se siente en las estaciones de los ferrocarriles, en algunos talleres y oficinas, en los pisos altos de las casas de vecindad, etc.

Las carnes acecinadas, conservas alimenticias, etc., suelen probar mal en esta estación; los condimentos aromáticos, y en particular los acres y picantes, se emplearán con parsimonia, y lo mejor será desterrarlos por completo. Conviene abstenerse de la leche, así como de toda sustancia fermentescible ó que se agríe con facilidad.

Los vestidos deben ser anchos, holgados, flotantes, de color claro y de hilo, con preferencia á la lana y el algodón. La ropa interior, en cambio, conviene que esté hecha de una franela muy fina, pues como cuerpo muy higroscópico que es, absorbe el sudor y evita muchos enfriamientos. Los ejercicios han de ser moderados, muy poco activos, pasivos singularmente, y todo lo más, mixtos. Los baños frescos, y aun fríos, los de mar ó en agua corriente, la natación, el paseo embarcado, etc., son generalmente muy útiles.

Siempre conviene evitar, y con especialidad en la estación de verano, la acción directa ó prolongada de los rayos solares, porque, sin contar lo mucho que perjudican á la vista, suelen producir el eritema propio de la insolación, efélides y manchas varias, y también erupciones más dignas de evitarse, como son el pénfigo y el eczema. Una insolación fuerte puede llegar hasta producir accidentes muy graves, como cefalalgias intensas, erisipelas de la cara y el cuero cabelludo, apoplejías, tétanos, meningitis, delirios y hasta

enajenaciones mentales. Por esto son tan frecuentes, según los autores, en los países cálidos los accidentes cerebrales.

Los días caniculares favorecen muy poco á las concepciones y trabajos de la mente y de la fantasía. ¡Qué pocas de esas obras que el mundo admira y han dado la inmortalidad á sus autores han sido concebidas en verano! En él reina el abatimiento y esa especie de disolución de fuerzas nerviosas que ocasiona el calor. Por eso es proverbial la pereza y soñarrera de los habitantes de los trópicos, en los que la holganza es una necesidad.

También conviene en estío, y aun en todos los meses sin *r*, según el precepto de la famosa *Escuela de Salerno,* muchísima reserva en el uso de los placeres conyugales. Ya lo dijo Celso, cuando formuló aquel tan sabio consejo: *Neque aestate vero, neque autumno utilis Venus est: tolerabilior tamen per autumnum; aestate in totum, si fieri potest, abstinendum est* (1); y la célebre y ya nombrada *Escuela de Salerno*, en los sabidos versos:

Lunam Virgo tenet: uxorem ducere noli;
.....
Libra tenet lunam: nemo genitalia tangat,
Et renes, nates (2).

Y en apoyo de estos consejos aducen los autores el que casi ningún hombre célebre ha sido concebido en estío. En efecto, casi todos los varones distinguidos por su robustez, por su longevidad ó por su inteligencia, nacieron en Julio, Agosto ó Septiembre; es decir, que fueron concebidos en Octubre, Noviembre ó Diciembre, épocas del año en que el hombre no tiene más apetito genésico, pero sí más vigor intelectual, más energía física, mejores digestiones y un sueño más largo. Debe atenderse también al gran influjo que en las probabilidades de la vida y en la robustez del recién nacido debe de ejercer la feliz circunstancia de ver la luz primera en los bellos y espléndidos días del estío, cuando el aire es más puro, más diáfano y sereno el cielo, y la atmósfera baña al tierno infante en un medio más suave y más caldeado.

Recuerdo haber leído en alguna parte que en Nápoles y otros puntos de Italia no se casa nadie en estío.

Y mil razones tienen en practicar esta costumbre los ilustrados

---

(1) «Ni en estío ni en otoño es conveniente hacer uso de Venus: puede tolerarse, sin embargo, en otoño; mas en verano, es preciso, á ser posible, abstenerse totalmente.»

CELSO: *Tratado de la Medicina,* libro I, cap. III.

(2) «Mientras la luna está en *Virgo*, no te cases... Cuando la luna está en *Libra*, deja en reposo genitales, riñones, etc.»

La Escuela de Salerno, parte quinta: *Etiología; Signos astrológicos.*

napolitanos, y más tendrían aún en seguir en todo tiempo los preceptos que los moralistas han dictado respecto á la continencia y moderación en los placeres genésicos. Las delicias de Capua causaron la ruina del ejército de Aníbal. Thales decía: «Huíd de la voluptuosidad, porque es la madre del dolor». Los antiguos colocaron á la diosa de los funerales, Libitina, al lado del falso placer, Libido; y en verdad, son sin número las enfermedades á que predisponen los excesos del libertinaje, mucho más temibles en el hombre que en la mujer, por la mayor suma de actividad nerviosa que aquél desarrolla. Cometidos después de haber comido, perturban profundamente la economía, predisponen á graves alteraciones del estómago y muchas veces dan lugar á apoplejías fulminantes; y, por último, en el estado de enfermedad y convalecencia, puede llegar á producir la muerte el despertar deseos amortiguados, y el satisfacerlos si persisten todavía.

«La cronicidad—dice Descuret—es el carácter distintivo de las enfermedades ocasionadas por el libertinaje. Casi siempre llevan el sello de una profunda alteración, tanto de los líquidos como de los sólidos; tales son las antiguas gastritis y enteritis, la consunción dorsal, de que habló ya Hipócrates; las varias alteraciones del corazón, tan frecuentes en el día; la tisis pulmonar bajo todas sus formas; la larga serie de las afecciones cerebrales, la apoplejía, la induración, el reblandecimiento, los abscesos, la degeneración cancerosa del cerebro; las frecuentes enfermedades del aparato génito-urinario: en la mujer, la leucorrea, la ninfomanía, la esterilidad, las hemorragias, el cáncer del útero, las ulceraciones de su cuello; en el hombre, la satiriasis y la impotencia; en ambos sexos, la incontinencia de orina, la cistitis, la nefritis y todas las formas de la sífilis, azote destructor nacido de la poliandria de las prostitutas; y, últimamente, en los seres más degenerados todavía, las fisuras, los prolapsos y los cánceres del recto, los abscesos de la margen del ano, las fístulas y el venéreo cristalino.

»Es fácil comprender la impresión que producen los excesos del libertinaje en el sistema nervioso y en la inteligencia, si recordamos la excitación permanente y los pensamientos habituales que ocupan todos los instantes del disoluto; así es que producen muchas veces la epilepsia, el baile de San Vito, las convulsiones, las aberraciones del oído y de la vista, la locura, el idiotismo, la melancolía suicida; en una palabra, la más completa degradación física y moral» (1).

Seamos, pues, castos, á la par que sobrios, si queremos conservar nuestra integridad orgánica, si queremos vivir sanos. «La con-

---

(1) DESCURET: *La medicina de las pasiones*. De la lujuria.—Traducción española de D. Pedro Felipe Moulau.

tinencia es la salud perpetua y la madre del vigor», decía el ilustre filósofo alejandrino Filón el Judío, atribuyendo á esto la fuerza y la salud de los esenios y terapeutas de Egipto; y también el célebre historiador de las guerras de los judíos, Flavio Josefo, decía de los esenios que vivían largo tiempo, pues eran muchos los que llegaban á cien años, «por comer siempre ordenados comeres y muy sencillos» y por la gran templanza que guardaban. Publio Siro hacía á la intemperancia nodriza de la medicina (1). Pitágoras quería separar por la sobriedad, por una buena elección de los alimentos más sencillos y por la privación del vino, las enfermedades, la excesiva obesidad, el embrutecimiento del espíritu y la turbación y opresión de los sentidos. El mismo Epicuro, á pesar de la fama de voluptuoso y de sensual que le ha dado una vieja cuanto injusta tradición (2), recomendaba mucho la continencia, la sobriedad y el uso de alimentos fáciles y sencillos para conservar la salud. San Jerónimo nos lo enseña también, y este gran padre de la Iglesia añade que la vida frugal y continente fué no sólo la de los ermitaños y la de muchas vírgenes de la antigüedad, sino la de los antiguos filósofos, la de los

---

(1) *Medicorum nutrix est intemperantia.* PUBLIUS SIRUS: *Sententiae.*

(2) El error ha nacido de que Epicuro enseñaba que el placer es el soberano bien del hombre, y que todos nuestros esfuerzos deben tender á obtenerle; pero lejos de hacerle consistir en los groseros goces de los sentidos, colocábale Epicuro en la cultura del espíritu y en la práctica de la virtud. Así se desprende de los siguientes pensamientos que entresaco de sus cartas: «Cuando decimos que *el deleite es el fin*, no queremos entender los deleites de los lujuriosos y derramados, y los que consisten en la fruición, como se figuraron algunos, ignorantes de nuestra doctrina ó contrarios á ella, ó bien que la entendieron siniestramente; sino que unimos el no padecer dolor en el cuerpo con el estar tranquilo en el ánimo. No son los convites y banquetes, no la fruición de muchachos y mujeres, no el sabor de los pescados y de los otros manjares que tributa una mesa magnífica quien produce la vida suave, sino un sobrio raciocinio que indaga perfectamente las causas de la *elección* y *fuga* de las cosas y expele las opiniones por quienes ordinariamente la turbación ocupa los ánimos... Nadie puede vivir dulcemente sin ser prudente, honesto y justo; y por el contrario, siendo prudente, honesto y justo no podrá dejar de vivir dulcemente; pues las virtudes son congénitas con la suavidad de vida, y la suavidad de vida es inseparable de las virtudes».

Por lo que respecta á su fama como precursor de Brillat-Savarin, basta para aquilatarla consignar que vivía de comestibles sumamente baratos y simples, hasta tal punto que él mismo escribe en sus cartas «que tenía lo suficiente con agua y pan bajo; que los alimentos fáciles y sencillos son tan sabrosos como los grandes y costosos; que el pan ordinario y el agua dan una suavidad y un deleite nuevo; y que el acostumbrarnos á comidas simples y nada magníficas es conducente para la salud, hace al hombre solícito en la práctica de las cosas necesarias á la vida, nos pone en mejor disposición para concurrir una ú otra vez á los convites suntuosos y nos prepara el ánimo y valor contra los vaivenes de la fortuna».

Y si no fueran suficientes estos datos para colocar á Epicuro en el sitio que le corresponde, el testimonio de un padre de la Iglesia, San Gregorio Nacianceno, y de un sabio y virtuoso prelado, Fenelón, bastarían á verificarlo. Decía San Gregorio que, «si bien dijo Epicuro que el placer era el fin á que tienden todos los hombres, para que no se creyese que era el placer sensual, vivió siempre muy casto y muy arreglado, confirmando su doctrina por sus costumbres»; y el autor del *Telémaco*, que «por una falsa interpretación de la doctrina de Epicuro se ha tomado por un licencioso á un hombre de una continencia ejemplar, y cuyas costumbres fueron siempre muy ordenadas».

sacerdotes de Egipto y la de los magos de Persia; y, por último, el cisne de Mantua, el sublime poeta Virgilio, da también, en sus *Geórgicas*, el mismo consejo de que hago mención en esta parte de mi estudio, cuando dice con su acostumbrada maestría:

Sed non ulla magis vires industria firmat.
Quam venerem et caeci stimulos avertere amoris,
Sive boum, sive est cui gratior usus equorom (1).

Y, en efecto, en todas las épocas y civilizaciones se han elevado á la categoría de virtudes la continencia, la sobriedad en las comidas y el uso de alimentos sencillos y de fácil preparación culinaria, aun prescindiendo de ciertas comuniones y escuelas filosóficas que, como los pitagóricos y los sectarios de Confucio, de Buda y de Zoroastro, eran vegetarianas del todo.

Los fenicios y los asirios, como ahora los árabes y los cristianos, tenían sus ayunos sagrados, y Moisés y Mahoma prohibían los llamados animales inmundos, cuyas carnes son muy indigestas y malsanas en las regiones cálidas, y el uso de las bebidas espirituosas.

La influencia que estas prácticas de sobriedad y de continencia han tenido siempre en las cualidades morales de los pueblos lo dicen los mil ejemplos que nos ofrece la Historia en que pueblos virtuosos y sencillos en sus costumbres y en su mesa han vencido á los pueblos sensuales y corrompidos. Díganlo los persas, cuya alimentación, según Jenofonte, consistía en mastuerzos, pan y agua (2), y que, conducidos por Ciro, vencieron á todas las naciones carnívoras de su tiempo. Díganlo las razas germánicas y escíticas que formaban los llamados pueblos bárbaros, en las que imperaba la frugalidad y las virtudes primitivas, y cuyo formidable empuje no pudo resistir el voluptuoso Imperio romano, donde no había refinamiento, molicie ó sensualidad que no fuesen conocidos.

Homero dice á este propósito que Júpiter aparta su vista indignado de las hecatombes de los hombres carnívoros, y la fija con benevolencia sobre los hipomólogos, que pasaban por la raza más

---

(1) «Pero no nay más seguro medio de mantener el vigor, bien sea de los caballos, si te son más gratos, bien de los toros, que separar de ellos Venus y los incentivos del ciego amor.»

VIRGILIO: *Las Geórgicas*, libro III.

(2) Describiendo Jenofonte la educación física, moral é intelectual que recibían los jóvenes persas en tiempo de Ciro, dice: «Y llevan de casa para su comer pan, y para vianda mastuerzo, y para beber cuando tuvieren sed llevan un vaso para coger agua del río». Habla después de cuando salían á cazar, y añade: «Y éstos tienen por vianda lo que cazan, y si no cazan, comen mastuerzo. Y si alguno pensare que este es mal comer cuando tienen solamente mastuerzo por manjar, ó mal beber cuando beben agua, acuérdese cuán de buena gana come el pan de mediano el que tiene hambre, y cuán dulce le es el agua al que tiene sed».

JENOFONTE: *La Ciropedia ó historia de Ciro el Mayor.*

virtuosa de los hombres, y que se alimentaban solamente de los frutos de la tierra y de la leche de sus rebaños; y en otro pasaje de la *Odisea* describe la vida afortunada de los lotófagos ó comedores de loto, entre los cuales se olvidaron hasta de su patria Ulises y los suyos. Horacio refiere que Orfeo consiguió humanizar el carácter feroz de los primeros griegos prohibiéndoles el uso de la carne. Plutarco anatematiza también á los hombres carnívoros, diciendo que cómo pudo haber un hombre tan cruel que el primero degollase á un pobre animal para devorarle; y Juan Jacobo Rousseau, abundando en estas mismas opiniones y sosteniéndolas con datos sacados de la disposición anatómica del aparato digestivo del hombre, de sus hábitos fisiológicos y de sus gustos é inclinaciones cuando niño, y en ciertas razas poco civilizadas, concluye diciendo que el hombre ha nacido para ser herbívoro, y que la alimentación carnívora es la culpable de la ferocidad de ciertas razas humanas y hasta de que exista guerra en el mundo, pues si todos se alimentaran de vegetales la paz sería eterna sobre la tierra, de igual modo que los animales carniceros sostienen terribles combates por sus presas, y los frugívoros viven entre ellos en una paz continua.

Dejando á un lado la parte de exageración que hay en todas estas cosas, la que se refuta muy fácilmente recordando que, aun en los animales, no sólo es la lucha por la presa lo que les excita al combate, sino que hay otras varias causas, entre ellas el amor, que convierte al herbívoro más apacible en una verdadera fiera; y que existen razas enteras en la especie humana cuya principal alimentación son los vegetales, como sucede con muchos pueblos del continente africano, los que, sin embargo, no se distinguen por una extremada dulzura, cosa que, por otra parte, se ve confirmada hasta en nuestras provincias de España, donde los valencianos, andaluces y gallegos, por ejemplo, casi pitagóricos en materia de ingesta, no son los que en menor proporción figuran en nuestras estadísticas criminales; dejando á un lado todas estas cosas, repito, es indudable que las cualidades morales y afectivas y que la salud del hombre guardan estrecha relación con las sustancias nutritivas de que hace uso, que las alimentaciones suculentas y animalizadas tienen mucha parte en el sinnúmero de enfermedades que afligen á la humanidad en nuestras sociedades modernas, y que, como dice con alto sentido moral el sabio jesuíta é higienista notable P. Leonardo Lesio, autor del *Higyasticon* (1), «sería locura comprar á precio de

(1) Ya que cito á este autor y su libro, desharé un error en que incurrí en cierta obra mía, más afortunada que buena. Decía en ella (*) que creía no teníamos ninguna versión española del *Higyasticon*; y en mis exploraciones y rebuscas por los puestos de libros

(*) HIGIENE DE LA INTELIGENCIA, libro cuarto: *Proflaxis*, cap. V: *El factor de la alimentación en el problema de la higiene de la inteligencia. Digestión é ideación*, etc.

tantas y tan grandes incomodidades un placer tan vil y de tan poca duración como el de beber y comer».

¡Cuánta verdad, á la vez que cuánto encanto y poesía, no encierra esa bellísima alegoría de Prometeo contenida en los maravillosos poemas del viejo Hesiodo, según la cual las razas de los hombres vivían afortunadas, exentas de enfermedades y dolores, sin inquietudes, pesares ni trabajos, con el vigor orgánico siempre de una florida juventud y la calma de la más tranquila inocencia, hasta que en una edad avanzada les sorprendía la muerte, de igual modo que acude grato sueño á cerrar nuestros ojos en la placentera noche de un día atareado; pero que Prometeo, al sustraer á Júpiter con artificioso engaño la mejor parte del monstruoso toro que acababa de sacrificar, y el fuego necesario para la vida doméstica y para preparar guisos y manjares menos sencillos é inocentes que aquellos otros de que se alimentaban las razas primitivas, concitó las iras de los dioses y recibió el fatal presente de la hermosa Pandora, que en su funesta caja nos trajo todos los males y enfermedades que padece el hombre!

Y, por otra parte, ¿qué independencia moral no da una vida sobria, continente y moderada? Cuando no se tienen grandes necesidades, no sólo se conservan mejor la salud, las fuerzas y el buen humor, sino la libertad y la independencia; es el individuo más refractario á la seducción y al soborno, puesto que todo le sobra. Alejandro Magno quiso corromper con regalos al filósofo Xenócrates, amigo y discípulo de Platón; Xenócrates, por toda respuesta, presentó á los cortesanos enviados por el rey un plato de lentejas que acababa de aderezar, y que estaba presto á comer, como diciendo: «¿A qué tentáis con presentes al que sólo esto necesita para vivir?» (1).

Pero observo que, insistiendo en estos dos últimos consejos, heme apartado del principal objeto y tema de este estudio, extravío que tiene su disculpa en la parte importante que toman la continencia y la sobriedad en la higiene del estío.

Esta, en efecto, se puede condensar diciendo: que durante la época de los calores se ha de vigilar cuidadosamente todo lo que con-

---

viejos encontré, hace tres ó cuatro años, una regular traducción hecha por D. Miguel de la Higuera y Alfaro, y publicada en Madrid en el año 1782 por D. Joaquín Ibarra, impresor de cámara de S. M., con el título de *La sobriedad y sus ventajas, ó verdadero medio de conservarse con salud perfecta hasta la más avanzada edad*. En el mismo volumen se halla incluída también una traducción, debida al mismo escritor español, del *Tratado de la sobriedad*, del veneciano Luis Cornaro, con el siguiente y no muy breve rótulo: *Consejos y medios fáciles para vivir mucho tiempo con perfecta salud: modo de corregir un mal temperamento, de gozar de una felicidad perfecta hasta una edad muy avansada, y de no morir sino por la aniquilación del húmedo radical, gastado por una extrema vejez.*

(1) Como suele suceder, pues del mismo modo que los vicios gustan de estar reunidos, también á las virtudes les place el asociarse, no eran las expuestas las únicas que atesoraba aquel hombre magnánimo; y las curiosas aventuras que, según Diógenes

cierne al buen estado de nuestras funciones digestivas, y han de dejarse dormitar, en el sueño más profundo que se pueda, las nobilísimas funciones generativas, las cuales necesitan para su ejercicio el *summum* de vigor orgánico, que únicamente se alcanza al promedio del invierno ó principio de los bellos días de primavera.

En el estío, para concluir, no deben imperar, pues, Baco ni Venus.

Madrid, Junio de 1907.

UNA FORMA NO FRECUENTE DE MENSTRUACIÓN

POR EL DR. FRANCISCO BLASCO
Del Instituto Rubio.

Nada nuevo me propongo enseñar en el caso que á continuación relato. Sólo me impulsa á su publicación, en primer término, lo raro que, por lo menos para mí, resulta lo que podemos llamar tipo menstrual de esta enferma, ya que en los años que llevo cultivando la especialidad ginecológica no he visto otro semejante, ni en las clínicas á que asisto, ni en mi consulta privada y pública. Y en segundo término, la conveniencia de llamar la atención sobre un hecho que se relaciona con el período menstrual, de grandísima importancia en ginecología, como todo aquello que indique el funcionamiento genital de la mujer.

La historia menstrual de las mujeres que acuden á una consulta de ginecología es tan importante, y desgraciadamente se fija tan poco la atención en ella, que muchos errores de diagnóstico se evitarían seguramente si, inquiriendo todos los detalles referentes á este particular, se meditaran y se les diera su justo valor.

Este caso, de ningún valor bajo el punto de vista clínico, sí lo tiene como un hecho de curiosidad científica, y tal vez unido á otros y estudiados pudieran servir para algo práctico.

María X, de cuarenta y dos años de edad, natural de Madrid, casada y nulípara.

No suministra ningún antecedente personal ni hereditario que se pueda relacionar con su actual padecimiento.

Empezó á reglar á los once años, y se estableció la función cata-

---

Laercio, le sucedieron con las célebres cortesanas griegas Frine y Laida (cuya belleza, especialmente la de la primera, excedía á toda comparación, y está hecho su elogio diciendo que Frine fué la modelo de las maravillosas Venus del gran estatuario Praxiteles, y que, acusada de impiedad, la absolvieron los heliastas para no privar á los artistas de esta imagen de las diosas), marcan hasta dónde llegaban la pureza de Xenócrates y su castidad y continencia. Tantas virtudes, sin embargo, no fueron bastantes á evitar que le vendieran los atenienses como esclavo, por no haber podido pagar en cierta ocasión el impuesto de vecindario, el cual ascendía á la *enorme* cantidad de doce dracmas, ocho pesetas y media próximamente. Afortunadamente, compróla un alma generosa, el célebre orador, historiador y hombre de Estado, Demetrio Faleroo, quien le restituyó la libertad en seguida y pagó el impuesto á los atenienses.

menial de una manera normal, sin ningún trastorno ni molestia, presentándose todos los meses con fecha fija, duración de seis días y bastante cantidad.

Esta normalidad del principio no ha continuado siempre; en algunas temporadas, y sin causa apreciable, ha reglado dos veces al mes, y en cambio en otras la cantidad ha disminuído notablemente.

Siempre ha tenido dolores premenstruales, con un poco de exageración en la sensación de peso que anuncia la proximidad del período; pero ni una ni otra molestia han sido tan grandes que llegaran á impedir atendiera á sus ocupaciones domésticas.

Casó, y la función catamenial continuó exactamente igual que de soltera; pero al año próximamente de casada, y estando reglando en el mes de Febrero de 1898, notó de pronto que fluía por la vagina una gran cantidad de líquido, y alarmada ante tal abundancia, rara en ella, de lo que creyó sangre, mira sus ropas, y las encuentra empapadas de un líquido claro, como si fuera agua. Esta pérdida, que llamaré acuosa (permítaseme la palabra), duró tres días, transcurridos los cuales, se presentó de repente, y sin tránsito gradual en el color, sangre, continuando el período normal durante dos días más.

En el mes próximo, Marzo, ocurrió otro tanto, exactamente igual que en el anterior; mas luego, desde Abril hasta Enero de 1899 inclusive, volvió el período á tener el carácter de normalidad habitual.

En Febrero y Marzo de 1899 se vuelve á repetir el fenómeno, con los mismos caracteres, y pasadó esto, vuelve á ser normal hasta Noviembre del mismo año, que se presentó de nuevo el trastorno, y duró todos los meses seguidos, hasta Abril de 1900 inclusive.

Desde esta fecha, todos los años, desde Noviembre hasta Abril, el período tiene esa pérdida acuosa, y en los demás meses es normal.

El aspecto exterior de la enferma nada dice. Es una mujer aparentemente sana, y no aqueja más que algún dolor lumbar y una pequeña astricción.

Procedemos al reconocimiento ginecológico, y por la inspección apreciamos la vulva normal; sólo la entrada de la vagina tiene un poco más fuerte el color del sonrosado que le corresponde.

Por el tacto, que lo hago combinado, nada se nota en la vagina; pero la matriz la aprecio en anteflexión fisiológica, pequeña, de consistencia normal. Los ovarios los toco un poco aumentados de volumen, pero poco dolorosos y movibles. Los fondos de saco, flexibles.

El reconocimiento por espéculo nada dice, y por el histerómetro aprecio permeabilidad del conducto cervical y un útero de 6 $^1/_2$ centímetros.

En la época que se presentó á la consulta, 4 de Junio de 1904, el período está bien.

En el tratamiento, sólo me limito á modificar el síntoma astricción, valiéndome de unas píldoras laxantes, y prescribo irrigaciones con permanganato para corregir la ligera vaginitis que se observa.

Este tratamiento no me satisfizo: yo combatía la astricción y la vaginitis, dos cosas secundarias, porque ambas eran muy pequeñas y no habían motivado la consulta. Pero para establecer un tratamiento á propósito, racional y bien fundamentado, tiene el médico que basarlo en el conocimiento exacto ó lo más aproximado posible de lo que se propone combatir; y eso no lo podía hacer, desde el momento que desconocía el mecanismo de producción del fenómeno menstrual que la enferma presentaba.

Busqué, leí, discurrí sobre el particular, y no pude comprender en aquella época, ni en la actualidad comprendo:

1.° Por qué un período que empieza bien, con sangre abundante y normal en sus caracteres físicos, á las veinticuatro ó treinta y seis horas es sustituída la sangre por un líquido incoloro que no tiene ningún carácter físico determinado; que después de dos días de esta pérdida reaparece la sangre, para seguir como un período normal hasta su término; y

2.° Por qué empieza en Noviembre y dura hasta Abril, sin que mientras dure el fenómeno ni después al desaparecer haya ningún síntoma en el resto de su economía.

La consulta se hizo en Junio, y no puse por esas razones ningún tratamiento preventivo; sólo lo dicho y preceptos higiénicos: esperé los acontecimientos.

Llegó Noviembre, y se presentó el período siguiendo el tipo reseñado.

Los paños que pedí á la enferma me enseñara tenían los mismos caracteres que ella me había dicho.

Como la molestia, si así se puede llamar, era escasa y nada perjudicaba á la vida de la paciente, la cual transcurría perfectamente atendiendo á todas sus ocupaciones, le aconsejé lo dejara; pero la pobre, que creía radicaba en esto la causa de su esterilidad, me rogó la tratara; y sus ruegos fueron tantos, que sin ilusión y por pura complacencia accedí, poniendo en práctica todos aquellos medios que sin perjudicarla pudieran aliviarla en algo; y al efecto, empleé los descongestionantes tópicamente: el viburnum, el hidrastis, la ovarina, la revulsión punteada con termo sobre el bajo vientre, la dilatación gradual, etc. Todos estos medios, combinados con el ioduro, bromuro, hierro, arsenicales, etc., y aplicándolos ya en vísperas del período, ya después de haber pasado; en una palabra, todo lo que se me ocurrió pudiera modificar aquello; mas todo fué inútil. La misma enferma se convenció de lo infructuoso de todo

tratamiento, y entonces lo dejamos, respetando esa forma menstrual, pero quedando la pobre tranquila por haber hecho todo lo posible para evitar ó corregir ese trastorno.

Hace poco la he vuelto á ver, y continúa en el mismo estado que antes.

DE LAS ENFERMEDADES CONSTITUCIONALES

POR EL DR. D. ANTONIO MUT
Del Instituto Rubio.

La ciencia alemana, la alta ciencia alemana, resumen y compendio de la sabiduría médica actual, la de suma utilidad, la de profundidad insondable, la que priva entre los médicos españoles, está completamente despistada en el estudio de las enfermedades generales y á punto de naufragar por carecer de orientación, de brújula y de puertos á que arribar. Perdida la noción de la unidad del sér humano, profesando una especie de horror al enfermo, busca en los laboratorios de anatomía patológica, de bacteriología y de patología experimental sus únicas fuentes de información y desdeña el hermoso lema de «partir lo más frecuentemente de la clínica para llegar siempre á la clínica».

Veamos, por ejemplo, lo que dice de la diabetes el consejero médico privado, director de la clínica médica y de la policlínica de Gotinga, profesor Dr. W. Ebstein, en la introducción al estudio de esta enfermedad y de la obesidad y gota (incluso las glucosurias) en un tratado de Medicina clínica y terapéutica: «No es ciertamente cosa sencilla señalar el lugar que en el sistema nosológico corresponde con todo derecho á la *obesidad*, la *gota* y la *diabetes sacarina*»... Esto es cierto, señor. ¿Dónde van ustedes á colocar estas dolencias cuando *todavía* se desconoce su causa viva, parasitaria? ¿Es que olvidan que existe un grupo de enfermedades llamadas *distróficas*, ó sea las determinadas por una dificultad ó trastorno de la nutrición, ocasionadas por causas comunes, cuyas causas actúan desde el principio sobre el total organismo vivo, y de las que surgen indicaciones terapéuticas también generales?

«De la afinidad y parentesco de las tres (obesidad, gota y diabetes) no cabe dudar. Alguna vez se encuentran las tres enfermedades en un mismo individuo, y es frecuente ver dos juntas en un enfermo.» ¿Y no hay más razones que ésta? Pues también *alguna vez* se encuentran en un mismo individuo el coriza, el infarto esplénico y las purgaciones, y á nadie se le ocurre pensar en la afinidad de estas dolencias; y es también frecuente ver que el sifilítico tiene sabañones en invierno, sin que por eso se pueda deducir el parentesco

entre las friuras y la sífilis. El parentesco (que cada día ha de ser más lejano, según se vayan perfeccionando nuestros conocimientos) estriba en otra cosa: en que estas tres enfermedades, y alguna más que ustedes separan sin razón ni motivo para ello, tienen como substratum, como fondo ó base de sus manifestaciones, una alteración permanente de las mutaciones nutritivas, una perturbación en el movimiento molecular de la materia organizada viva. Por eso se parecen en su *fondo constitucional* el reumatismo y la gota, la litiasis y la diabetes, aun cuando ofrezcan cuadro sindrómico tan desemejante.

«En realidad, la mayoría de autores no separa la obesidad, la gota y la diabetes sacarina, sino que las agrupa, como ya se dijo antes, en las *enfermedades constitucionales* ó en las enfermedades del *recambio* material, ó en ambas, si—como hace Fr. A. Hoffmann en su *Tratado de las enfermedades de la constitución* (Stuttgart, 1893) —se considera á las últimas como formando parte de las primeras. Para saber ante todo á qué atenernos, digamos que el concepto de enfermedades de la *constitución* no es en modo alguno preciso, unívoco, como no lo es tampoco el de la *constitución* del cuerpo, con cuyas palabras se quiere expresar generalmente el modo de ser especial del organismo.» De modo y manera que el Dr. Ebstein no sabe qué hacer con la diabetes, la gota y la obesidad, ni si son enfermedades constitucionales, ni si son enfermedades del *recambio*, ni si existe *constitución* siquiera, puesto que para este señor tal concepto no es en modo alguno preciso. ¿No habrá en Alemania sujetos de *constitución* fuerte y otros de *constitución* delicada? ¿Pero qué clínica hacen allí? ¿No tienen en cuenta las resistencias, mayores ó menores, que ofrecen los individuos para ser afectados por las causas nosogénicas? ¿No han visto sujetos cuya fuerza reactiva de su economía rechaza, disminuye ó anula la influencia de los agentes morbosos, y otros, en cambio, verdaderos Mitrídates clínicos de escasa reacción orgánica, predispuestos á sinnúmero de enfermedades de curso largo, con frecuentes complicaciones y rebeldes al tratamiento? ¿No sabe el Sr. Ebstein que la constitución es susceptible de transformarse? ¿Qué entiende el profesor de Gotinga y sus discípulos por *energía individual*? ¿A que no han leído á Letamendi? Buena falta les haría.

«Según eso, se entenderían por enfermedades constitucionales todas aquellas que ejercen una influencia perjudicial sobre el modo de ser del cuerpo.» Andando. Desde un garrotazo hasta la tiña favosa, yo no sé que haya ninguna enfermedad que influencie favorablemente el *modo de ser del cuerpo*. Y á todo esto, sin habernos dicho de qué diversos *modos* puede ser el cuerpo. «En este sentido, en el conocido Diccionario general de Medicina de Villaret (tomo 2.°, página 138, Stuttgart, 1891), también se designan como enfermeda-

des constitucionales todas aquellas que afectan y transforman la constitución, y con eso se indica que hasta la *viruela* y la *sífilis*, así como el *morfinismo* y el *alcoholismo*, tendrían que contarse entre las enfermedades constitucionales. No de otro modo juzga el asunto E. Wagner en su *Manual de Patología general*, cuyo autor, admitiendo como equivalentes las designaciones de «enfermedades constitucionales» y de «enfermedades generales», comprende con ellas todas aquellas afecciones en las cuales se halla interesado, sea el organismo en totalidad, sea varios órganos diferentes ó complexos de tejidos.» Lo cual demuestra sencillamente que los Sres. Villaret y Wagner no tienen formado real concepto de lo que son enfermedades generales ni distinguen entre los procesos morbosos que *desde el principio* actúan sobre el total organismo vivo, trastornando toda la constitución del sujeto, y aquellos otros cuya influencia sobre el estado general es secundaria, posterior, ni conocen lo que son enfermedades distróficas por un lado, intoxicaciones y auto-intoxicaciones por otro, afecciones psíquicas por el de más allá, é infecciones por fin. ¿Qué culpa tenemos, ni usted, Sr. Ebstein, ni yo, de que los señores que usted cita cometan tales atropellos con el sentido común?

«Pero el concepto de constitución en el sentido médico también puede ser considerado de otro modo. Henle *(Rationelle Pathologie*, tomo I, pág. 143. Brunswick, 1846) ha dado el nombre de *constitución* á una modalidad especial de la predisposición que es en todo caso persistente y, por lo general, congénita ó hereditaria (á la fuerza tiene que ser así), pero en modo alguno suficientemente importante (¿y cómo se mide eso de si es ó no suficientemente importante?) para poder ser considerada por sí misma como enfermedad. Por consiguiente, el concepto de constitución, entendido como una cosa igual á la predisposición para una enfermedad, coincidiría aproximadamente con la noción que antiguamente recibió el nombre de *diátesis* y con la de *disposición* para enfermar.» ¡Ca! No, señor. Por aquí entendemos por *constitución* la manera de ser propia de cada individuo, resultante del conjunto de todos sus aparatos funcionales: su característica arquetípica; y por *diátesis*, las variaciones individuales bastante acusadas para *salirse de los límites fisiológicos*, acabando por hacer enfermar al individuo, é imprimiendo un sello particular en la evolución de las distintas enfermedades que pueda padecer aquel sujeto. Decimos que un sujeto tiene constitución robusta cuando del examen de sus órganos, aparatos y funciones todas resulta un estado lo más aproximado posible á la buena salud. Entendemos por constitución delicada ó endeble cuando las cosas suceden á la inversa, pero sin traspasar el límite fisiológico. Y comprendemos con el nombre de diátesis las modificaciones del tipo fisiológico que disminuyen la resistencia del organismo para ciertas

afecciones. Así es que por estas tierras no decimos que un sujeto es diatésico sólo porque esté *predispuesto* á tal ó cual enfermedad, sino porque real y positivamente está ya enfermo de su constitución. Ustedes, lo mismo que los *retardistas* de Bouchard, confunden lastimosamente estos dos conceptos, disposición y diátesis, que toman por sinónimos. ¿De modo que para ustedes un individuo que presenta una neuralgia reumática, una adenitis escrofulosa ó un eczema herpético (sí, señores: herpético) es solamente un *predispuesto*? Pues nosotros á ese individuo le llamamos un diatésico, porque si un dolor, un infarto ganglionar y una dermitis no son enfermedades, ¿qué son enfermedades para ustedes? La *predisposición* para enfermar más especial ó intensamente de tal ó cual órgano ó aparato la hemos designado siempre con el nombre de *temperamento*, y, efectivamente, la práctica nos ha demostrado que un sujeto obeso, de carnes flácidas, de pelo rubio y escaso, de movimientos lentos, con predominio del sistema vascular linfático, no está predispuesto á padecer de afectos neurósicos; y, viceversa, un sujeto delgado, de color moreno, de movimientos rápidos, impresionable é irritable por la más pequeña causa, está más predispuesto á ser un neurópata que no á sufrir una hemorragia cerebral, por ejemplo.

Sigamos al Dr. Ebstein:

«En este sentido tendrían que designarse como enfermedades constitucionales las que se desarrollan sobre la base de una constitución del cuerpo, entendida como la entiende Henle. Esto sería bien pertinente respecto á la obesidad, á la gota y á la diabetes sacarina, y se podrían designar estas afecciones—para separarlas de las que se desarrollan á consecuencia de una predisposición morbosa localizada, como son, por ejemplo, muchas cardiopatías y enfermedades renales, etc.—como *afecciones constitucionales generales por predisposición hereditaria.*» ¿Ustedes entienden esto? Pero tampoco es menester detenerse á deslabazar este *imbroglio*, porque el Dr. Ebstein, aburrido, sin duda, de disertar sobre asuntos que se conoce que jamás le han interesado, corta por lo sano y dice: «Pero atendida la confusión existente en este punto, consideramos que sería muy útil que se pudiese desterrar completamente el nombre de *enfermedades constitucionales*».

Por ahí debía usted de haber empezado, Sr. Ebstein. Por confesar que, no teniendo ustedes en Gotinga concepto claro de lo que es la constitución, el temperamento, la diátesis, mal pueden saber ni entender lo que son enfermedades constitucionales ni diatésicas; y que no pudiendo *localizar* la diabetes, la gota y la obesidad (incluso las glucosurias), las reúnen ustedes, porque sí y porque también, en un grupo, ya que otros lo hacen porque también y porque sí. Para ustedes, los hijos de padres reumáticos, ó tuberculosos, ó locos, ó

herpéticos, no son reumáticos, tuberculosos, locos ó herpéticos desde el acto de su generación. Ustedes olvidan que un endocosmos invadido por un agente infectante ó tóxico vicia la nutrición y la vida de todas, absolutamente de todas las partes del sér viviente por ataques de la causa á la energía individual en su total función arquetípica. Y es que para ustedes, las enfermedades generales constituyen un estudio embarazoso; la *unidad individual* es un mito, y sería bueno que reconocieran que tal principio ó escuela ó doctrina no solamente está proclamada de antiguo por la embriogenia, la anatomía y la fisiología, sino que los más modernísimos estudios sobre *precipitinas* demuestran experimentalmente que la *unidad química* del individuo es aún más evidente y clara que su unidad anatomo-fisiológica y psíquica. ¿Qué otra cosa si no dice y demuestra Ehrlich en su famosa teoría de las cadenas laterales? Claro es que la concepción Ehrlichiana no es, ni con mucho, tan grande y tan genial como la de nuestro Letamendi sobre las *biomerias*; pero al fin y al cabo hace depender la reacción patológica de defensa contra las causas morbosas de todos los elementos celulares de la economía; es decir, se ve la tendencia á considerar la resistencia (espontánea ó adquirida) á las infecciones como producto de la reacción viva del organismo entero, porque es lo razonable que una función tan importante como lo es la inmunidad no puede ser resultado exclusivo de un determinado grupo de elementos anatómicos, sino que es el organismo todo el que se defiende contra las causas de enfermedad. Para ustedes, Sr. Ebstein y compatriotas, la constitución integral, química, orgánica y psíquica de los individuos y de las especies, y el principio del *consensus unus conspiratio una,* son palabras vacías de sentido. Así no saben qué hacer con las enfermedades generales y, lo que es peor, con los enfermos.

¿Qué se ha hecho del *herpetismo?* Desapareció ya como entidad nosológica en su tratado de Medicina (aun con las adulteraciones y amaños de Lancereaux); pero lo que no han desaparecido son una clase de enfermos que presentan erupciones varias en la piel y mucosas, casi siempre simétricas; de marcha irregular y extensiva; con tendencia á extenderse y generalizarse; de frecuentes recidivas, hasta hacerse permanentes; de curso crónico; acompañadas de prurito más ó menos intenso; transmisibles por herencia; alternando ó coincidiendo las manifestaciones de igual naturaleza en los órganos internos, y que reclaman un tratamiento *general* y otro local. Tales erupciones ó dermatitis se llaman *herpéticas,* y el estado constitucional que las provoca y sostiene, *diátesis herpética.* ¡Bah! Ustedes los informadores de la moderna ciencia alemana no han leído las veintidós observaciones publicadas por un médico español, el Dr. D. Juan de Vicente, sobre *Herpetismo de los órganos internos en general.* Si

las hubieran leído, no negarían la existencia del herpetismo como enfermedad constitucional, ni asegurarían que el *cáncer* es enfermedad *local* primitivamente. ¡Pero se enteran tan poco en el extranjero de las humildes producciones españolas! Me es igual que las dermatosis sean ó no de origen microbiano, porque éstas resultaran herpéticas si recaen en un dartroso, además de microbianas, y porque si el germen necesita para producir sus efectos condiciones de terreno, entonces, como siempre, el microbio es lo de menos, y el terreno lo característico fundamental. Las realidades clínicas son indestructibles, y el herpetismo es una realidad que no puede negar ningún médico de regular clientela. Un reciente caso clínico recuerdo en este momento, de esos que aun cuando se hayan observado más veces no deja de ser interesante, porque es de los más demostrativos. Una señora con manifestaciones cutáneas herpéticas (psoriasis en ambas piernas) padece hace ya varios años accesos terribles de neuralgia del trigémino. Ha visto muchos médicos y ha seguido multitud de tratamientos para su neuralgia, sin conseguir jamás más que alivios insignificantes. En este invierno pasado consultó á instancias mías con el eminente Dr. Simarro, quien tampoco ha sido más afortunado que todos sus antecesores. Pues bien: esta señora se ve completamente libre de su dolor cuando se le presentan fenómenos de catarro bronquial asmático, para volver otra vez á su neuralgia en cuanto ceden las manifestaciones bronquiales. Otro caso he visto hace poco: un niño hijo de padre herpético y madre histérica presentaba signos de una bronquitis crónica y manifestaciones herpéticas en las conjuntivas y en la piel. Mis dignos compañeros, que habían visto á este niño con anterioridad, habíanse preocupado justificadamente de los fenómenos de pecho, y habían hecho indicaciones alarmantes á los padres del enfermito respecto al giro fatal que podría tomar la dolencia. El arsénico y el azufre, unidos á una buena higiene, han conseguido la completa curación de este enfermito. *Por cierto* que el padre, fuertemente herpético, como he dicho, se *ha hecho* ahora canceroso, y ya lleva sufridas *tres* operaciones en el lado izquierdo de la cara—sitio de la neoplasia reproducida—practicadas por el Dr. D. Adolfo López Durán, con la maestría, inteligencia y habilidad en él características. Y «no quiero decir por eso—habla el Dr. de Vicente—que todos los herpéticos y sólo en ellos haya cánceres;... pero es lo cierto que el cáncer está enlazado más ó menos con el herpetismo». Verdad como un templo que vemos confirmada en la práctica todos aquellos médicos que no nos limitamos á ver y tocar la lesión local—el tumor—ó á que el diagnóstico lo haga el laboratorio, cuando lo hace—pues ya es sabido que no siempre salva las dudas que la clínica le ofrece, sino que indagamos el *fondo constitucional* de los enfermos; ese fondo que

el profesor Ebstein se alegraría de verlo desterrado completamente de las obras de Medicina, y lo desterrarán, á no dudarlo, muy pronto; pero será en los libros, mas no en la práctica clínica. ¿Cómo vamos á desterrar las 42 historias circunstanciadas de Sánchez Herrero; los bien estudiados casos clínicos de de Vicente; las lecciones de Bazin y Hardy; las muchas observaciones de Paget, en las cuales se demuestra con datos sacados de la clínica, no con imágenes de gabinete, la íntima relación existente entre el herpetismo y el cáncer? ¿Hay, por ventura, algún médico ó cirujano que niegue lo sostenido por Trélat con numerosa estadística respecto al poder genético del psoriasis lingual sobre el cáncer de la lengua? Las mismas lesiones anatómicas del herpetismo, ¿no es verdad que hacen pensar sin querer en la presentación de un cáncer con sólo avanzar un grado más en la proliferación celular patológica que las caracteriza? ¿Qué otra cosa son sino proliferaciones, hipergénesis epiteliales, atónicas, las escamas herpéticas (pitiriasis, psoriasis) de los epitelios de revestimiento, lo mismo que de los epitelios glandulares? ¿Y qué es el cáncer más que una hipergénesis celular, una aberración de la génesis celular? Parece, en efecto, la proliferación celular, cuestión de grado y cuestión de cualidad específica del agente causal, sea veneno, sea parasitario, microzoario, según se piensa. De tal modo, que si los elementos embrionarios, leucocíticos, amiboídeos, que se concentran, se acumulan y se multiplican, para degenerar y eliminarse prontamente en la placa psoriásica herpética, fueran, por decirlo así, más densos, de más tardía y difícil regresión molecular, tendríamos la génesis de un verdadero tumor.

Y no vale esgrimir como arma ofensiva, por los partidarios de las escuelas exclusivamente microbianas, el fracaso del suero antiepitélico de Dungern, porque todo el que ha leído algo acerca de sueros citotóxicos sabe lo que falta todavía por averiguar en este complicado problema. Pero ¿por qué nace un cáncer? Pues un cáncer nace cuando, constituído un estado anormal en la nutrición, una ó muchas células proliferan anormalmente, y su proliferación invade y destruye los tejidos inmediatos y envenena todo el organismo. La lesión esencial y primera fué el estado molecular anormal, del cual surgió la proliferación excesiva é invasora.

Si una causa térmica, química, viva, produce un cáncer en un individuo, y en otro un lipoma, por ejemplo, es porque la variedad neoplásica es función exclusiva del organismo, y no función de la causa productora. Es decir, que las lesiones anatómicas locales no bastan para instituir un diagnóstico de neoplasia maligna, porque el carácter clínico fundamental de esta lesión es el trastorno general que la acompaña, trastorno que lleva á la caquexia y la muerte, no explicables ciertamente por los fenómenos que *in situ* (ulceración, he-

morragias) pueden presentarse muchas veces. No de otra manera piensa Julio Cohnheim (Lecciones de patología general), cuando dice, hablando de la benignidad ó malignidad de los tumores: «La conclusión de todo ello no puede ser más que la siguiente: la benignidad ó malignidad del curso de un tumor no son determinadas por las propiedades del tumor mismo, sino por el modo como se comporta el resto del organismo; es decir, dependen del grado de resistencia del sujeto». Más claro, ni el agua. El terreno, siempre el terreno, ó sea la constitución del sujeto; esa constitución que el profesor Ebstein quiere que arrojemos por la borda, como inútil para toda determinación clínica; esa constitución que hace que no todos los cánceres de la mama lleven la misma marcha en todos los sujetos, ni todos los epiteliomas del labio tengan idéntica evolución en todos los enfermos, ni todos los cánceres del estómago produzcan la muerte con la misma rapidez en todos los individuos que los padecen, ni únicamente los carcinomas y sarcomas sean tumores malignos, sino que puedan revestir también estos caracteres *ciertos* encondromas, *algunos* adenomas, *determinados* mixomas, según sobre qué organismo se desarrollen. O en otros términos (J. Cohnheim): «La malignidad de un tumor no depende de su estructura anatómica... Quizá no está lejano el día en que la seroterapia ó la opoterapia, ó la medicación, en fin, *general* antidótica venga á dar el golpe de afrenta que merecen los localizadores, de la misma manera que la seroterapia antidiftérica ha salvado de los tormentos que sufrían á los infelices niños, cuya garganta era antes destrozada inútilmente con cáusticos y otros bárbaros procedimientos. No; las enfermedades generales, constitucionales, no se curaron jamás por procedimientos locales ó de sitio, como no se cura la tuberculosis separando el hueso, la articulación, el trozo de tejido celular ó de piel más afectado; como no se cura el reumatismo resecando las coyunturas deformadas; como no se cura la sífilis primitiva amputando el miembro viril. Bien está la variedad topográfica ó de lesión y los tratamientos locales cruentos ó no, antiséptico, cáustico, extirpador, cuando los procesos son primitivos y verdaderamente localizados, ó cuando de las localizaciones de cualquier enfermedad constitucional puede resultar la destrucción de la parte progresiva á las inmediatas, amenazando al individuo con mortales generalizaciones flogísticas, sépticas, etc.; pero quédese la cirugía en su verdadero terreno, cual es el de separar, modificar ó destruir las partes afectas (cuando tales procederes son compatibles con la vida del sujeto), dentro de su carácter utilitario y concreto bajo el punto de vista práctico, y no pretenda esclavizar, regir y sujetar bajo su estrecha férula el conocimiento terapéutico de las enfermedades que perturban la nutrición y la vida general del total sér, porque éstas se burlarán siempre de la acción del hierro y del fuego, continuan-

do su acción destructiva, degenerativa, hasta dar con el enfermo en la sepultura, mientras no sea combatida en su fondo constitucional.

La doctrina localicista del cáncer, hoy imperante entre los más eminentes cirujanos, afirma que toda neoplasia cancerosa es *local* y *única* en su origen, y que, por consiguiente, las neoplasias sucesivas en sitios más ó menos distantes reconocen un origen metastático; es decir, son generadas por la emigración de elementos, jugos, toxinas, lo que se quiera, de la primitiva neoplasia, por los vasos sanguíneos ó linfáticos, conducentes por fin á la caquexia, resultado último de la generalización de las neoformaciones. Pues bien: Laporte, Picot, Charcot, Vulpian, Herard, etc., han publicado casos de larcinosis aguda primitiva, llamada *miliar*, con nódulos cancerosos diseminados en la pleura, peritoneo, pulmones, hígado, estómago y otros órganos. Qué, ¿es el primer cirujano que ha abierto el vientre y se ha encontrado una siembra de nódulos cancerosos, y otras veces sarcomatosos, en el peritoneo y en el mesenterio? Pero voy á suponer un carcinoma externo y único: ¿cómo explicarse la metástasis si no es admitiendo la lesión previa de los tejidos, anormalizados por la modificación molecular substratum de la carcinosis? Si no estuvieran estos tejidos, sobre los que consecutivamente se implanta la semilla cancerosa, ya enfermos, ¿no es lo lógico pensar que las naturales defensas orgánicas de los mismos habían de oponerse á la invasión maligna neoplásica? Por eso el cáncer es enfermedad autoinoculable (casos Kraske, Waldeyer, Kauffman, etc.); es decir, que los hechos pasan en el mismo individuo, y no se pueden provocar en otro, puesto que hasta ahora, que yo sepa (y me apresuro á confesar mi ignorancia en caso contrario), el cáncer no es inoculable, á pesar de las numerosas tentativas practicadas; no es transmisible de un animal á otro, ni aun de la misma especie. Además, si el cáncer se generaliza por el intermedio de los vasos sanguíneos ó linfáticos, ¿qué camino es el que tienen que recorrer los elementos celulares ó infectantes cancerosos para ser transportados desde la coroides al hígado (reproducción muy frecuente), ó desde el cuerpo tiroides al fémur (casos de Lucke y Munck) y otros muchos por el estilo? ¿Y por qué á la extirpación de un escirro se sucede una reproducción encefaloide; y á la de un epitelioma, un carcinoma; y á la de un angioma, un cáncer melánico; y á la de un sarcoma, un cáncer; y de un lipoma, desarróllase un sarcoma; y de un condroma, un sarcoma nodular (Hueter), como se ha observado en ocasiones? ¿No es extraordinario que los elementos desprendidos del primitivo tumor dancen en los plasmas intercelulares y en la sangre hasta encontrar un acomodo donde producir nuevo foco metastático, sin que á todo esto el estado general del enfermo se entere de lo más mínimo? Y si se entera, y es el cáncer enfermedad infecciosa, como

piensan los localicistas, ¿á qué es debido que tales tumores no produzcan inmunidad? Después de todo, aun cuando fuera enfermedad infecciosa localizada, como la lepra, la actinomicosis, etc., ¿de dónde se puede esperar la curación real de estos padecimientos sino de la inyección venosa ó subcutánea, ó de la ingestión de los principios inmunizantes—de acción general, por consiguiente—que contengan sus microbios ó los productos químicos engendrados por los mismos? No hay medio humano de separar el concepto «infección» del de «resistencia» de los individuos, y, en su consecuencia, de considerar al organismo humano como factor pasivo en la contienda; y en verdad que las experiencias de laboratorio enseñan, de modo convincente, que el fenómeno de predisposición ó resistencia á padecer las infecciones no es cuestión de *cantidad,* sino de la *calidad* de la energía orgánica del individuo ó *constitución* de los antiguos.

Por infección local pasa el *ántrax*, inflamación necrósica del tejido celular debida á una variedad de estafilococos, y sin embargo Wright, colocándose en plena realidad, ha considerado que el camino más racional para curar esta infección era *cambiar el terreno* convirtiéndole en inadecuado por medio de su vacuna con estafilococos patógenos recogidos de los mismos enfermos, cuyas lesiones trató de curar, habiendo obtenido numerosos éxitos. ¿Y qué es el ántrax más que una manifestación localizada de una diátesis general casi siempre diabética, cuando no herpética ó reumática? ¿Cómo se explicarán los localicistas las continuas recidivas y la rebeldía al tratamiento de los ántrax, forúnculos, caries y otras exteriorizaciones discrásicas? ¿También por metástasis locales?

Me es imposible ocultar las estrechas relaciones que para mí existen entre estas diferentes distrofias constitucionales—herpes, reúma, escrófula, diabetes, cáncer, gota, obesidad,—unidas por un lazo común, que es la perturbación en el metabolismo nutritivo, de la que resultan ó exceso de venenos ó defecto de destrucción de los mismos; un defectuoso modo de ser del protoplasma y núcleo de las células en general; una alteración endocósmica por ataque de una causa especial á la energía individual informadora y rectora de todas las grandes funciones de la vida. Siempre una blefaritis ó conjuntivitis de marcha tórpida me hará pensar en el escrofulismo, un eczema recidivante en el herpetismo, un ántrax en la diabetes, una neoplasia maligna en la carcinosis, un tofo en la gota. Siempre creeré que las más elevadas especulaciones filosóficas, fundadas en las últimas deducciones de la moderna ciencia, conducen á una conclusión suprema que se impone al espíritu y que proclama la *unidad del sér* en la infinita diversidad de sus manifestaciones.

REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

Ginecología.

La asistencia al parto en presentación de nalgas.—Nota crítica por el Dr. G. Massini. *(Archivio italiano di Ginecología*, vol. I, núm. 4, 1907.)

El parto de nalgas requiere siempre la presencia del tocólogo para socorrer prontamente al feto amenazado de asfixia; pero en tanto que el trabajo se realiza de modo normal, conviene abstenerse de toda intervención, y mucho más de acelerar la expulsión con tracciones sobre los pies. Sólo después de haber salido éstos, y hecha el asa al cordón, se deberá favorecer la expulsión de la cabeza, si tarda en verificarse. Pero comprendiendo el autor de este trabajo que la espectación, en el caso de prolongarse el período expulsivo, debe tener sus límites, no marcados de un modo seguro en los diferentes tratados de obstetricia antiguos y modernos más consultados, y á los que pasa revista, hace un detenido estudio del parto pélvico, de sus dificultades, de los peligros de la espectación y de la intervención, de las causas de muerte en el parto de nalgas.

Respecto á la dificultad del parto de nalgas, puede depender de una anomalía del mecanismo ó de una distocia. Las nalgas ordinariamente se encajan con el diámetro bitrocanteriano en correspondencia con uno de los oblicuos de la pelvis materna, y, al llegar al estrecho inferior, verifican una rotación de 45° para colocar el diámetro bitrocanteriano, que es el mayor de la parte presentada, sobre el ántero-posterior, que es el mayor de la salida. De este modo se encuentra una nalga bajo el pubis y la otra sobre el sacro para verificar el desprendimiento. Pero no siempre las cosas ocurren de este modo tan normal, sino que á veces las nalgas tienen que cumplir una rotación de más de 180° para salir al exterior, yendo á colocarse la nalga posterior hacia delante bajo el pubis. Esta anomalía de mecanismo que puede presentarse cuando la pelvis es estrecha y el feto voluminoso, se observa también en algunas posiciones dorso-posteriores; entonces, si las partes blandas ofrecen resistencia ó las contracciones no son enérgicas, es muy difícil que el parto se verifique espontáneamente y el período expulsivo se prolonga más de lo ordinario (que según las estadísticas es de media ó dos horas). Los peligros de este retardo en la expulsión consisten en las compresiones que sufre el cordón umbilical y á veces en el desprendimiento parcial de la placenta y laterocidencia del mismo cordón; pues

cuando las contracciones uterinas son enérgicas se distiende el segmento inferior y se empequeñece la cavidad de la matriz, reduciéndose cada vez más la circulación útero-placentaria. Y como quiera que es muy difícil, durante el parto, en estas condiciones apreciar bien cuándo comienza el feto á sufrir y cuándo se trata de asfixia confirmada para proceder á la intervención como aconsejan los autores, resultará siempre comprometida y de gran responsabilidad la espectación tranquila, pudiendo ser su consecuencia una asfixia aguda del feto, rápidamente mortal. Por otra parte, los peligros de la intervención, salvo en los casos de estenosis pélvica, se vencen con una técnica cuidadosa; pues si al verificar la extracción los brazos se extienden, en el mecanismo normal lo hacen siempre sobre el plano anterior del feto, y por lo mismo en condiciones cómodas para hacerlos descender. Si el parto se verifica con anomalía de mecanismo y las nalgas, para salir, necesitan ejecutar una rotación mayor de 180°, puede un brazo resbalar hacia atrás y colocarse sobre la nuca; mientras el tronco sigue la rotación de las nalgas, el brazo posterior (el que debe convertirse en anterior), rozando contra la pared de la pelvis, es retenido y llevado hacia la nuca del feto, y en tales circunstancias, sin hacer tracción alguna sobre el cuello, se desencaja primero el brazo posterior, y obtenido de este modo mayor espacio, se tratará de hacer rotar el tronco en sentido inverso al movimiento ya cumplido para llevar por delante del feto el otro brazo y conseguir de este modo liberarlo. De otros peligros se ocupa el autor, pero son fácilmente evitables.

Respecto á las causas de muerte en el parto de nalgas, se dice que en los casos de parto espontáneo la mortalidad es apenas de 4 por 100, mientras que es de 20 á 30 por 100 en aquellos que exigen intervención; pero aunque á primera vista es cierto, hay que convenir en que este aumento de mortalidad no es debido al acto operatorio, sino á las graves circunstancias que lo motivan, pues, según las reglas clásicas, sólo se interviene cuando serias dificultades se oponen al parto espontáneo y cuando está confirmada la asfixia del feto. Así y todo, la intervención salva más del 70 por 100 de los fetos. Hecha exclusión de la sífilis y de la albuminuria, las causas que más frecuentemente determinan la muerte del feto son: *la estrechez relativa de la pelvis materna con respecto al feto*, cuya cabeza puede quedar retenida en el estrecho superior después de la extracción del tronco, pero cuya dificultad se vence, después de diagnosticada la insuficiencia pélvica, con la maniobra de Champetier de Ribes; *la dilatación insuficiente del cuello del útero* en los casos de procidencia del cordón ó de grave asfixia; pero entonces debe intervenirse á pesar de los peligros, valiéndonos de los distintos medios de que hoy dispone la obstetricia para conseguir la suficiente dilata-

ción; *el tecnicismo insuficiente ó defectuoso del operador*, pero ya se sabe que la versión no debe hacerse como se puede, sino como se debe, y para esto hay reglas fijadas por la práctica que no deben olvidarse.

En vista, pues, del estudio que extractamos, el autor termina con las siguientes conclusiones:

1.ª En las presentaciones de nalgas, si el parto se detiene en el período expulsivo, la intervención no debe retardarse más que en una presentación de vértice.

2.ª El tiempo medio que debe esperarse se calculará en dos horas desde que se observe que la pelvis no avanza.

3.ª Se intervendrá antes de las dos horas cuando amenazan peligros para la vida de la madre ó la del feto.

Contribución al tratamiento conservador de las inflamaciones anexiales, por el Dr. Oskar Nebesky. (*Gynaekologische Rundschau*, Heft 13 1907.)

En una comunicación presentada á la Sociedad Médica de Innsbruck el 10 de Mayo por el Dr. Nebesky, asistente del profesor Ehrendorfer, dió cuenta de una modificación aportada al tratamiento conservador de las inflamaciones anexiales con el empleo del *termóforo* de Mayer, fabricante de instrumentos en Innsbruck; método que se ha empleado en la clínica del citado profesor con excelente resultado en unos 30 casos de inflamaciones anexiales graves y difíciles, no tuberculosas ni tampoco tumorales. El tratamiento está basado en la aplicación del calor sobre el vientre, unido á los baños de asiento, á las irrigaciones vaginales, etc., pero valiéndose para dichas aplicaciones de un aparato eléctrico cuya temperatura se puede regular desde 30° á 90°, aunque nunca es preciso pasar de 50° ó 60°.

Consiste el aparato en una malla de alambre de forma y tamaño apropiados á los del vientre, recubierta de bayeta, que por medio de un doble cordón se pone en contacto de un enchufe al lado de la cama para establecer la corriente eléctrica á su través.

El calor desarrollado en el aparato puede regularse á voluntad por medio de las piezas accesorias.

Con objeto de evitar las quemaduras de la piel y para disminuir el acceso de mucho calor, debe rodearse el aparato con un paño, cuyo grueso varía según el calor que haya de obtenerse.

Son preferibles estos termóforos á las cámaras de aire caliente y á los baños de luz por su economía, por el efecto constante del calor á un grado siempre igual, por la facilidad de regular la temperatura y por la constancia de la aplicación, sin necesidad de aumentar el personal para la asistencia.

Tiene también el inventor un aparato para aplicaciones vaginales; pero no es recomendable, por la facilidad con que el estímulo que determina pudiera despertar en la mujer deseos venéreos perjudiciales, siendo preferibles las irrigaciones.

La laparotomía en el tratamiento de la retroflexión adherente ó irreductible del útero grávido, por el profesor Pestalozza. *(La Ginecología,* fasc. I, 1907.)

Después de recordar las discusiones habidas acerca de este asunto en los distintos Congresos internacionales de la especialidad, y de exponer la opinión de varios eminentes tocólogos, favorable al tratamiento operatorio de la retroflexión del útero grávido cuando no es posible reducirlo por los medios incruentos (posición genupectoral, reposición manual, etc.), refiere un caso por él tratado con éxito, sin que se interrumpiera la marcha de la gestación, y que viene á corroborar lo que hace tiempo habían indicado ya Pinard y Varnier, á saber: que es muy difícil que una adherencia directa del útero al recto pueda ser obstáculo absoluto á la reducción del útero grávido en retroflexión, puesto que estas adherencias, como nosotros decíamos en un trabajo publicado en esta REVISTA, sufren durante el embarazo un reblandecimiento y una relajación que permiten al útero enderezarse espontáneamente. No sucede lo mismo con las adherencias peritoneales antiguas que se establecen fuera de la esfera genital, es decir, entre varios órganos de la cavidad abdominal, y que obligan al útero á permanecer en la posición viciosa indicada; y este era el caso tratado por el profesor Pestalozza. Sin embargo, no llega en ocasiones tal reblandecimiento á permitir la espontánea ni manual reposición del útero adherido al recto, y entonces está indicada también la laparotomía, como lo estará asimismo cuando la reducción no sea posible por excesivo volumen del útero. Para demostrar los beneficios de la laparotomía, presenta el autor una estadística de 27 casos en los cuales se consiguió con la intervención quirúrgica curar 26 mujeres, llevando á término su embarazo 25, ó sea salvando 51 vidas, de las que hubiera perecido la mitad por lo menos, ya fuese el aborto espontáneo ó ya provocado.

Endometritis y metritis en las vírgenes, por Gioelli. *(Archivio italiano de Ginecología,* Avril 1907.)

En esta comunicación, presentada á la Sociedad *Conversaciones del Martes*, en el Instituto Obstétrico-Ginecológico de Génova, trata el autor de la patogenia, no bien definida aún, de la endometritis y de la metritis en las vírgenes, demostrando el oficio de los micro-

organismos y de sus productos tóxicos en la producción de las lesiones del endometrio; su acción sobre los elementos epiteliales, que puede tener lugar aun en el estado virginal, contra lo que piensan otros observadores, quienes niegan que en condiciones normales del conducto genital se puedan originar procesos inflamatorios causados por otros micro-organismos que no sean el gonococo y el bacilo de Koch. Los micro-organismos pueden penetrar del exterior al interior de diversos modos; pueden obrar por vía indirecta, dando lugar, como sucede en el cólera, en el tifus, en la pulmonía, en la gripe, á endometritis y metritis, debidas á venenos segregados á distancia y que circulan en la sangre.

En tres casos de endometritis y metritis en vírgenes, estudiados bacteriológicamente, el autor aisló del conducto cervical *estafilococos*; en otro caso, cadenas cortas de *estreptococos*, que por los caracteres morfológicos y biológicos del cultivo no se diferencian de los *piógenos* comunes, si bien de virulencia limitada. Por último, hace resaltar el hecho de que estos casos se confunden á menudo en las jóvenes con enfermedades de la sangre ó del sistema nervioso, sometiéndolas á tratamientos generales ineficaces, y no recurriendo sino muy tarde al ginecólogo, el cual puede encontrarse en presencia de lesiones importantes del endometrio que le obligan á practicar operaciones evitables en un principio.

DR. GUTIÉRREZ

Laringología.

Anestesia de la laringe por cocainización de los nervios laríngeos superiores ó inferiores, por los Dres. Chevrier y Cauzard. *(Bull. Méd.*, 16 Febrero 1906.)

Chevrier y Cauzard, después de haber estudiado el procedimiento de Frey (de Berna) para anestesiar la laringe, y expuesta la crítica que creyeron merecía, expusieron su método. Consiste en buscar un punto de referencia fijo, fácil de encontrar, é ir no al nervio, pero sí al plano anatómico del nervio.

El cartílago tiroide es el punto de referencia, y para tener la certeza de estar en el plano anatómico del nervio basta asegurarnos de estar por debajo del músculo tiro-hioídeo.

Para esto se busca el borde superior del cartílago tiroide. A dos centímetros de la línea media y á uno ó dos milímetros por encima de este borde se levanta la piel con una aguja curva. Empujando ligeramente el pistón de la jeringa se conduce la aguja directamente á la profundidad; mientras la aguja puede proyectar hacia delante su bola de edema, la sensación es de acorchamiento, pero desde que alcanza el cartílago tiroide la inyección es rechazada.

Empujar con fuerza un poco de cocaína. Ésta despega entonces

el músculo tiro-hioídeo y forma un plano en el cual la aguja puede moverse. Bajar entonces la jeringa, movimiento que da por resultado elevar la punta de la aguja hacia arriba y atrás y empujar el resto de la jeringa progresivamente cerca de un centímetro.

La masa anestésica es proyectada en el plano del nervio y hacia él. Dos centímetros cúbicos son suficientes para hacer la inyección. Se retira entonces la aguja y se amasa ligeramente para difundir mejor la cocaína.

Cuatro centímetros cúbicos serán, pues, suficientes para anestesiar toda la porción subglótica de la laringe.

El laríngeo inferior ó recurrente es inabordable en su trayecto extra-laríngeo. Es preciso, pues, atacarle en los recesus laterales de la laringe.

Los autores describen dos vías de acceso: la una superior, un poco larga; la otra inferior, muy corta. La primera es la que preferimos.

En el fondo del ángulo entrante que forma sobre la línea media el borde superior del cartílago tiroide, introducir la aguja oblicuamente hacia abajo, atrás y afuera, hacia el ángulo póstero-inferior del cartílago. El líquido inyectado bañará las fibras terminales del recurrente.

Los autores aconsejan emplear como anestésico una mezcla de cocaína y estovaína.

Un nuevo método de extirpación de los fibromas naso-faríngeos, por el Dr. Ed. Richter. (*Monats. f. Orhenheilkunde*, 1907, núm. 2.)

El procedimiento empleado por el autor en un caso de fibroma naso-faríngeo con prolongaciones nasales consta de dos tiempos:

1.° Ligadura del pedículo por medio de una asa de acero fuerte introducida por la fosa nasal, pasada, mediante el dedo, por detrás del velo; apretamiento del asa por torsión.

2.° Ablación por medio de un hilo de acero, pasado, como en el caso anterior, colocado debajo de la ligadura y utilizado á manera de sierra.

Resultados excelentes, hemorragia insignificante. Sin recidiva.

Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos primitivos del seno maxilar, por los Dres. P. Jacques y A. Gandier. (*Annales des maladies de l'oreille*, Julio 1907.)

Estos autores distinguen tres períodos en la evolución del cáncer del seno maxilar.

1.ª fase.—El tumor está contenido dentro del seno, sin que las paredes de éste hayan sufrido aún ninguna modificación: este es el *período latente*.

2.ª fase.—El tumor en su desenvolvimiento ha hecho sufrir á las

paredes del seno un cierto grado de rechazamiento excéntrico, más ó menos apreciable al exterior: *período de deformación*.

3.ª fase.—El tumor ha pasado los límites del seno, perforando la pared del maxilar é invadiendo las cavidades vecinas ó regiones ambientes, nariz, boca, órbita, fosa pterigo-maxilar: es *el período de invasión*.

Los autores hacen aquí un extenso estudio diagnóstico para cada uno de los períodos, y después establecen las siguientes indicaciones operatorias:

1.ª Se trata de un tumor encerrado en el seno y diagnosticado clínica é histológicamente de neoplasia maligna: desde luego se hace resección clásica total, seguida ó no de prótesis inmediata. Prótesis secundaria si ha lugar; extirpación de los ganglios.

2.ª Se trata de un tumor descubierto en ocasión de hacer una cura radical de sinusitis; los caracteres clínicos son dudosos, y no permiten hacer el diagnóstico seguro de cáncer. Extraer un fragmento y después de su examen puede ocurrir:

a) Tumor benigno ó, en rigor, considerado como poco maligno (epitelioma adamantino): limpieza del seno y extirpación de la pared sobre que se implante el tumor.

b) Tumor maligno: incisión externa; resección clásica total; prótesis como en los casos precedentes; extirpación de ganglios.

3.ª Se trata de un tumor exteriorizado, teniendo prolongaciones fuera del maxilar superior.

a) Los tegumentos no han sido invadidos; solamente el etmoides, la fosa nasal; la órbita no está invadida más que al nivel de su suelo; extirpar en un bloque el maxilar si es posible, ó, si es muy friable, hacer uso de la pinza-gubia, que, en todos los casos, permitirá continuar la intervención en el etmoides; conservación del ojo si no presenta alteraciones; si no, extirpación y limpieza de la órbita; ablación de ganglios.

b) Si los tegumentos están invadidos, y la neoplasia se extiende á la órbita, bóveda palatina, velo del paladar, fosa nasal y aun al lado opuesto, y el gran tamaño de la adenopatía contraindica la operación por la gran mutilación y por las hemorragias y supuraciones sucesivas, en ese caso se instituirá un tratamiento por la quinina en inyecciones, lavados, radioterapia.

Perturbaciones del gusto en los casos de supuraciones crónicas del oído medio, y particularmente después de las intervenciones operatorias, por el Dr. Ludovig Kander, de Karlsruhe. (*Archiv. f. Ohrenheilk.* Tomo 68, cuaderno 1 y 2.)

Después de un estudio muy completo de la cuerda del tímpano, considerada como nervio del gusto, el autor hace numerosas observaciones de trastornos gustativos por lesiones de la cuerda del tímpano.

El Dr. Kander refiere 50 casos de examen del gusto en enfermos operados por supuraciones crónicas del oído medio. Examina las cualidades del gusto. Cita casos estudiados antes de la intervención, y hace consideraciones muy interesantes, tales como la disociación de las diferentes cualidades del gusto; la lengua saborea los alimentos dulces, y es insensible á los otros alimentos. Llega, pues, á compartir la opinión de Brüche sobre la especificidad de los ramos gustativos.

El Dr. Kander sienta la conclusión de que la alteración de los dos tercios anteriores de la lengua, consecutiva á una alteración de la cuerda del tímpano, indica una enfermedad grave del oído medio; pero aquélla no es forzosamente una consecuencia de ésta. Ha visto que la extracción de los huesos ó la cura radical destruyen siempre la cuerda del tímpano.

En fin, donde hay alteración del gusto, hay disminución de la sensibilidad, probablemente porque el gusto afina la sensibilidad. Las alteraciones del gusto consecutivas á la operación radical son irreparables, y las sensaciones gustativas de la lengua después de la operación son debidas á excitaciones del muñón central de la cuerda.

DR. A. G. TAPIA

Neurología.

Tratamiento de la meningitis cerebro-espinal.

(Berl. Klin. Wochenschrift, 1906.)

El Dr. Edlefsen recomienda la administración del iodato de sodio (IO^3NA), bien por la vía gástrica ó por la subcutánea. He aquí su fórmula:

Iodato de sodio.....	3	gramos.
Agua destilada.....	150	»

M.e Para tomar una cucharada tres veces al día.

Esta medicación es también recomendada por el Dr. Richemann, pero prefiriendo la vía hipodérmica, sobre todo en los adultos, á las dosis indicadas por el mismo. Inyectar una, dos y hasta cuatro jeringuillas de Pravaz de una solución de iodato de sodio al 3 ó 4 por 100 dos ó tres veces al día. Aunque las inyecciones de esta solución son poco dolorosas, pueden hacerse completamente indoloras añadiendo al líquido 2 á 3 centigramos de eucaína por dosis y calentando ligeramente la solución antes de usarla.

Puede recetarse de esta manera:

Iodato de sodio.....	1	gramo.
Agua destilada.....	20	»
Eucaína.....	3	decigramos.

M.e Para inyectar uno ó dos centímetros cúbicos de esta solución ligeramente calentada.

Recomienda el autor que se hagan las inyecciones lo más cerca posible de la cabeza, en los lados del cuello, en los hombros, parte superior del pecho y hasta en la frente.

Cuando haya necesidad de aumentar las dosis haciendo varias inyecciones sucesivas en el mismo sitio, aconseja que se anestesie la piel en este punto mediante una pulverización de cloruro de etilo. Richemann ha hecho así un total de 120 inyecciones de iodato de sosa al mismo enfermo.

Según asegura el Dr. Edlefsen, esta misma medicación es también muy eficaz contra las inflamaciones ganglionares.

La nefritis crónica como causa de arterio-esclerosis, por el Dr. Josué. (*Presse Médicale*, 13 Abril 1907, núm. 30.)

El autor refiere dos observaciones de enfermos atacados de arterio-esclerosis á una edad en que esta afección es relativamente rara: treinta y cinco años el primero, y diez y seis y medio años el segundo.

En ninguno de ellos hay antecedentes que permitan explicar la aparición tan precoz de las lesiones vasculares; pero en cambio presentan ambos una nefritis crónica acompañada de abundante albuminuria. Desde los trabajos de Johnson, de Gull y Sutton, habíase demostrado la relación de causalidad entre las afecciones del riñón y la arterio-esclerosis generalizada más ó menos al resto del sistema arterial.

Johnson admite como causa de las alteraciones de los vasos la afección renal, mientras que para Gull y Sutton la nefritis atrófica no es más que la localización en los riñones de la afección primitiva del sistema arterial.

Numerosas observaciones, y entre ellas las de Josué y Alexandreusco, han puesto de manifiesto que las lesiones esclerosas son en semejante caso la consecuencia directa de los trastornos circulatorios de los vasos del riñón; pero si bien esto es cierto, no puede por menos hoy de admitirse que las lesiones primitivas de los riñones constituyen á su vez una causa de arterio-esclerosis generalizada, lo que queda evidentemente demostrado en las dos observaciones referidas por Josué.

El mismo autor ha probado también que el exceso de función de las glándulas suprarrenales determina lesiones ateromatosas de las arterias; lo que se demuestra en los animales por medio de inyecciones repetidas de adrenalina, que dan por resultado un ateroma arterial experimental.

Estos estudios y experiencias forzosamente han de plantear el problema del mecanismo en virtud del cual se producen las lesiones

arterio-esclerosas dependientes de una nefritis. Si bien pudiera admitirse que el aumento de tensión arterial que producen ciertas afecciones renales es la causa de la arterio-esclerosis, como creen muchos autores, hay que tener en cuenta hoy también, según las investigaciones recientes, el papel que en el asunto pueden representar las cápsulas suprarrenales, que, como hemos visto, pueden, por virtud del exceso de su secreción interna, producir por sí solas el ateroma de las arterias. Falta, pues, establecer de una manera concluyente la influencia de la lesión renal sobre las cápsulas. Por lo pronto, se ha demostrado experimentalmente que la ligadura de los uréteres determina la hiperplasia de las cápsulas suprarrenales, y en casos de nefritis en el hombre se ha comprobado en la autopsia una modificación análoga de dichas cápsulas.

Tratamiento de los dolores fulgurantes de los tabéticos por la santonina, por el Dr. Negro, profesor de Neuropatología de la Universidad de Turín. (*Le Mois thérapeutique*, Sept. 1906.)

Este tratamiento, dado á conocer por el autor en una comunicación á la Academia de Medicina de Turín en 1901, ha sido objeto de nuevas experiencias por los Dres. Combemale y Chabert, de Lille, y por el Dr. Collet, de Lyón, las cuales vienen á confirmar los resultados beneficiosos que en más de la mitad de los casos produce la santonina en la tabes. Según los autores citados, ésta no tiene acción en otra clase de neuralgias, y en los tabéticos no sólo influencia los dolores fulgurantes, haciéndolos desaparecer por buen espacio de tiempo, sino que también produce una mejoría manifiesta en las crisis gástricas y laríngeas de que son atacados estos enfermos.

Los observadores han llegado á coincidir en la necesidad de administrar el medicamento en dosis masivas con preferencia á las fraccionadas que ha sido corriente emplear, y que suelen quedar sin efecto, ó éste es muy lento y tardío.

El Dr. Negro ha adoptado el empleo de 15 centigramos al día, divididos en tres dosis de á 5 centigramos, que, según su experiencia, es la que da mejores resultados, sin ocasionar á los enfermos el menor desorden. Otros han llegado á dosis mayores aún, como de 30 y 40 centigramos.

La débil toxicidad de la santonina permite su administración durante varios días seguidos. La aparición de la *xantopsia*, primer signo de intoxicación, debe hacer suspender su empleo.

Este tratamiento debe continuarse durante varias semanas, aun después de la cesación de la crisis, á fin de que los períodos de calma sean cada vez más largos.

En cuanto al modo de administración, el autor recomienda la forma pilular, á razón de 5 centigramos cada píldora en un excipiente azucarado.

Meningitis tuberculosa sin linfocitos.—Dres. Renon y Tixier. (*Sociedad médica de los hospitales*, París, 1906.)

Los autores dan cuenta de un caso de síndrome meníngeo en un joven en el que se practicaron siete punciones sucesivas sin encontrar vestigios de linfocitos en ninguna de ellas. La presencia de la albúmina demostraba la existencia de una meningitis, y la inoculación á dos conejillos patentizó la naturaleza tuberculosa de dicha meningitis aguda. Estos casos de oposición entre la reacción celular negativa y la reacción química positiva, son excepcionales.

He aquí las conclusiones de los autores:

1.ª La ausencia de reacción citológica excepcional, pero indiscutible, no es suficiente para eliminar el diagnóstico clínico de meningitis tuberculosa.

2.ª La presencia de la albúmina tiene un gran valor semeiológico para confirmar la existencia de una alteración meníngea.

3.ª El único signo de certidumbre, en cuanto á la naturaleza tuberculosa, es la existencia evidente del bacilo de Koch.

M. Sicard dice haber observado un caso de mal de Pott en el cual dos punciones sucesivas dieron un resultado citológico negativo, y en los que, no obstante, existía albúmina en gran proporción.

M. Vidal considera estos hechos como excepcionales, y jamás ha observado ningún caso semejante.

Tratamiento de las parálisis diftéricas por el suero de Roux, por el Dr. Comby. (*Bulletin Médical*, 18 Mayo 1907.)

El autor publica un interesante artículo sobre el particular, del cual tomamos tan sólo las siguientes conclusiones:

1.ª Todo enfermo, niño ó adulto, atacado de parálisis diftérica, reciente ó antigua, ligera ó grave, localizada ó más ó menos extensa, debe ser inmediatamente sometido á las inyecciones de suero antidiftérico.

2.ª Las inyecciones se repetirán varios días seguidos (tres, cuatro, cinco, seis), según la gravedad del caso, pues la experiencia ha demostrado la eficacia de esta manera de proceder.

3.ª Las dosis empleadas serán de 10 á 20 c. c. de suero de Roux por cada inyección, pudiendo llegar la dosis total á 60, 70, 80 c. c. y aun más.

4.ª Esta seroterapia intensiva y reiterada no ofrece ningún in-

conveniente. Es aplicable á todas las clases de enfermos y á todas las formas de la enfermedad; y debe emplearse aun en aquellos casos en que los pacientes han sido previamente tratados por el suero durante la fase aguda anginosa.

5.ª De 13 casos de parálisis diftérica tratados por el suero de Roux desde 1902 ha obtenido el autor 13 curaciones completas y rápidas sin ningún fracaso. De estos 13 enfermos, 7 habían sido inyectados antes en el período de angina diftérica, y los otros seis no habían sido sometidos al suero.

6.ª No obstante el empleo continuado de dosis tan considerables de suero de Roux, los accidentes propios de éste (erupciones, etc., etcétera), aunque siempre benignos, no se han presentado sino dos veces; proporción que no altera sensiblemente el término medio ordinario.

DR. E. VILCHES

Ósteo-artropatías y cirugía ortopédica.

La intervención quirúrgica en la artritis gotosa, por el profesor O. Laurent, de Bruselas.

Recomienda resistirse á operar, en lo posible, durante el acceso de gota; evitar la incisión del pseudo-flemón, inútil y á veces perjudicial. La operación está indicada en los casos de tofos irritantes, de inflamación rebelde con ulceración, de dolores tenaces, sobre todo en los casos antiguos y localizados sin alteración general. La operación debe llegar hasta la amputación de una ó varias falanges, si se trata, sobre todo, de personas de cierta edad.

Una acentuada deformidad, la luxación, por ejemplo, indica la operación, siempre que el estado general sea bueno.

Osteo-mielitis vertebral aguda, por J. Andrieu y Lemarchal.

Se trata de un niño de once y medio años, ingresado en el Hospital de niños, con síntomas de infección general, que pueden referirse á una ósteo-mielitis vertebral.

No tiene más antecedentes que una caída por la escalera del colegio; quince días después comenzó á sentir dolores vagos en el lado izquierdo del tórax, que fueron aumentando hasta su ingreso en el Hospital.

A la inspección se apreciaba una abolladura que ocupaba el canal vertebral, desde el ángulo interno del omoplato á la región lumbar. La piel, tensa y reluciente, dejaba transparentar una red venosa moderadamente desarrollada. La palpación no es muy dolorosa, existiendo marcada fluctuación. La movilidad de la columna dorsal es menor aún que la normal, siendo imposible la extensión

forzada. Estos son los síntomas más culminantes. En vista de ellos se decidió la intervención quirúrgica, incindiéndose ampliamente la colección, dando salida á 250 gramos de pus; en el fondo de la cavidad se encontró una apófisis transversa denudada, que fué resecada. Después de la operación siguió el enfermito con los mismos síntomas, amén de cistitis precedida de hematuría, edema del prepucio, escaras en la región sacra, edemas y flictenas en las piernas y pies, etc., etc.

La herida dorsal, por el contrario, evolucionaba normalmente. Pocos días después sucumbió el enfermo.

La autopsia fué incompleta, por no haber reconocido el estado del conducto vertebral, punto el más interesante de todos.

(*Revue d'Ortophedie*, París, 1907.)

En defensa del método de Phelps. A propósito de lo sostenido por el Dr. Codivilla (*Archivio d'Ortopedia*, III, 1906) en un artículo «Sobre el tramiento del pie varo-equino congénito. Nuevo método de operación cruenta», por M. Motta.

En conclusión, la operación de Phelps corresponde á las ideas que desde 1884 dominan en cirugía ortopédica; es decir: atacar en el pie varus grave las resistencias opuestas por las partes blandas, respetando el esqueleto; operación fácil, rápida y muy bien tolerada, aunque se hagan las de los dos pies en una misma sesión. El curso post-operatorio es muy sencillo, pudiendo calcularse en unas cuatro semanas lo que tarda la herida en cicatrizar.

El resultado ortopédico es convincente, estando indicada la operación preferentemente en los niños afectos de pie varus en tercer grado, aunque también se obtienen buenos resultados en los adultos.

(*Archivio di Ortopedia*, Milán, 1907.)

Deformidades raquíticas excepcionales de la articulación fémoro-tibial. Wallace Blanchard.

El autor relata algunos casos de genu-valgum y varus raquíticos, curados con osteoclasia instrumental.

En uno de ellos se observó radiográficamente la coexistencia de una coxa-valga de alto grado (el ángulo de elevación de Alsbey medía 75°). Contra ésta no se intervino directamente; concluída la una, la coxa-valga resultó funcionalmente compensada por una pronunciada curvadura externa de la diáfisis femoral, que no quedó corregida, corrigiéndose el varismo de la pierna.

El autor recomienda la osteoclasia supracondílea mejor que la epifinolisis.

(*The American Journal of Orthopedic Surgery*, 1907.)

Sexto Congreso alemán de Cirugía ortopédica.—Berlín, Abril 1907.

A continuación se enumeran algunos de los temas discutidos en dicho Congreso, revelador de la pujanza y brío que va adquiriendo en el extranjero la especialidad.

Se han discutido temas de gran importancia, sintiendo que premuras de tiempo y de lugar impidan la publicación completa de las discusiones de dicho Congreso.

Hoffa.—*Resultado final de las transplantaciones tendinosas.*—El tratamiento quirúrgico de las parálisis por medio de las transplantaciones tendinosas representa la conquista más grande de la ortopedia en estos últimos años. Claro está que requiere un tratamiento preparatorio, un bien estudiado plan operatorio y una técnica perfecta, asepsia absoluta, y por último, el oportuno tratamiento post-operatorio. La transplantación perióstica de *Lange* es preferible, según *Hoffa*, á la de tendón á tendón. Intervienen en la discusión, entre otros, Schauz, Vulpius y Lorenz.

Aberle (Viena).—*Sobre la embolia grasosa, consecutiva á las operaciones ortopédicas.*

Koelliker (Leipzig).—*Sobre el tratamiento del tortícolis.*

Schulthess (Zurich).—*Contribución á la patología de la escoliosis.*

Schauz.—*Un tipo de dolor de la columna vertebral.*

Vulpius.—*De la artrodesis del hombro.*

Preiser (Hamburgo).—*Línea de Rosen-Nélaton.*—Por medio de estudios radiográficos, medidos en esqueletos normales y patológicos, demuestra la poca fijeza de resultados que se obtienen mediante el trazado de dicha línea.

DR. JOSÉ DE PALACIOS Y OLMEDO

Vías urinarias.

Contribución al estudio de la curación espontánea de la tuberculosis renal, por el Dr. Deschamps. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires.* París, 15 Abril 1907.)

La terapéutica quirúrgica de la tuberculosis del riñón, hace algunos años que está á la orden del día; numerosas y variadas discusiones han tenido y tienen lugar respecto á la materia, y si se pretende formar opinión pasando revista á las múltiples comunicaciones presentadas en Congresos y Sociedades, se observa que la mayoría de cirujanos aconseja la intervención radical precoz, la nefrectomía, siendo ésta la única operación capaz de conducir á la curación.

Duhot, refiriéndose á las comunicaciones presentadas en la Sociedad Francesa de Urología (reunión de 1906), dice: «Este año los diferentes oradores están de acuerdo para reconocer que, virtualmenmente, una tuberculosis renal puede curar espontáneamente, pero sin que anatómica ni clínicamente se haya podido presentar un caso auténtico de tal curación.»

Rafin afirma que la incurabilidad de la tuberculosis renal es hoy admitida por unanimidad entre anatómicos y cirujanos, y que los casos de pseudo-curación hasta hoy publicados son la resultante, ó de la destrucción total del riñón ó de exclusión de dicho órgano por obliteración del uréter.

El autor de este trabajo cita dos casos de tuberculosis renal curados, en los que no ha intervenido ninguna de las dos condiciones citadas en el párrafo anterior, obteniéndose en uno de ellos la curación de las lesiones vesicales, sin hacer la nefrectomía aconsejada por Rousing. La tuberculosis renal puede curar espontáneamente, como todas las lesiones tuberculosas; y proponer desde luego una nefrectomía porque se hayan encontrado algunos bacilos de Koch en la orina de un riñón, sería equivalente á aconsejar sistemáticamente la amputación del muslo por tumor blanco de la rodilla; además, la ablación precoz de un riñón no impide la tuberculización del otro; el radicalismo pierde su principal argumento.

Claro es que existen indicaciones de nefrectomía en la tuberculosis renal, como las hay de prostatectomía en la hipertrofia prostática; las principales son: 1.ª, volumen del riñón; cuando todo el órgano está invadido, quedando, por consiguiente, poco parénquima útil, es evidente que vale más quitarlo; 2.ª, la existencia de pionefrosis coincidiendo con síntomas de infección general; 3.ª, hematurias abundantes y repetidas; 4.ª, crisis dolorosas persistentes; y 5.ª, caquexia progresiva verosímilmente provocada por el foco renal.

Los dos casos que cita el autor en su artículo son los siguientes: en el primero se trata de un hombre de veinticuatro años, diagnosticado de tuberculosis renal, y al que Bazy le practicó una nefrotomía del riñón izquierdo, encontrándose con un absceso enquistado en un cáliz. La curación persiste. El segundo caso es una muchacha de veinticinco años, diagnosticada de tuberculosis renal izquierda y vesical, la cual curó sometida exclusivamente á medios médicos: reposo, régimen láctco, urotropina, revulsión lumbar, permanencia en el campo y cacodilato sódico.

De aquí deduce el autor las dos conclusiones siguientes: que la tuberculosis renal puede curar espontáneamente, y que la nefrectomía no debe ser practicada más que bajo ciertas indicaciones.

Las grandes hematurias, por el Dr. Legueu. (*Ann. des mal des organ. génito-urinaires.* París, Mayo 1907.)

Actualmente, dice Legueu, tenemos en las salas de Necker un enfermo atacado de grave hematuria por su intensidad y persistencia. Es un individuo de treinta años, sin antecedentes patológicos dignos de mención, siendo el primer fenómeno que llamó su atención una hematuria sobrevenida hace un mes: una mañana, cuenta el enfermo, observó que la orina estaba roja; á pesar de esto, se dedicó á su trabajo, teniendo durante el día alternativas de micciones claras y sanguinolentas; desde este día ha tenido continuamente orinas más ó menos teñidas, pero siempre hemorrágicas. Esta hematuria ha sido espontánea, sin que sobre ella tenga influencia ni la fatiga ni el reposo, y sin que el enfermo haya tenido frecuencia de las micciones ni ningún otro fenómeno que indique participación de la vejiga; sin embargo, como el paciente notase en las micciónes que la orina era mucho más oscura al final, puede sospecharse en favor del origen vesical; también expulsó coágulos al empezar las micciones; los coágulos sanguíneos de la vejiga en los sujetos jóvenes cuya próstata no está hipertrofiada, son generalmente expulsados al principio ó en el curso de la micción, en tanto que en los viejos quedan en el fondo de la vejiga, y únicamente por la sonda pueden salir; en este caso, el sondaje nunca había evacuado coágulos.

De este síntoma, hematuria terminal, se deduce que la hemorragia es vesical; pero ¿cuál es la causa? Cistitis no hay; la palpación bimanual no revela induración de las paredes vesicales; indicio de cálculo no existe, aparte que las hematurias calculosas tienen otro carácter; la única afección en la que se puede pensar es el papiloma vesical; por medio del cistoscopio se pudo percibir hacia abajo y á la derecha especies de vegetaciones papilomatosas; pero por la sangre que las recubría, oscureciendo el campo, no fué posible detallar sus dimensiones y disposición exacta. Tal es el caso clínico presentado; mas es preciso verlo bajo un punto de vista más general, y pensar la conducta que hay que seguir en circunstancias análogas.

¿La hematuria es renal ó vesical? Estudiemos sucesivamente los elementos que pueden guiarnos: abundancia, intermitencia, coágulos, exploración de riñón y vejiga é investigación del carácter terminal.

Las hematurias intensas son frecuentemente vesicales y neoplásicas, tratándose en muchas ocasiones de papilomas de vejiga, pequeños tumores, susceptibles de ocasionar grandes hemorragias que están en relación con la naturaleza de la lesión, no con su tamaño.

Los neoplasmas infiltrados de la vejiga provocan igualmente abundantes hematurias; ciertas hipertrofias prostáticas sangran á

veces durante varias semanas en los períodos agudos de congestión.

Las grandes hematurias tienen en ocasiones origen renal, dependientes ya de neoplasias, ya de nefritis hemorrágicas. La abundancia de la hematuría no es carácter constante ni suficiente para determinar si es vesical ó renal.

Se dice que la hematuría renal es generalmente intermitente, y algo de verdad hay en ello. Las hemorragias de la vejiga están ligadas á la congestión de este órgano; se producen en ciertos momentos; duran varios días con un período de ascenso, otro de estado y otro de descenso. En el riñón, al contrario, la influencia de la congestión es poco marcada; tampoco la intermitencia tiene como signo una importancia absoluta.

La forma de los coágulos puede aclarar la cuestión algunas veces: coágulos largos y finos hacen pensar en hematuria renal, si bien es verdad que con dicho carácter se encuentran en hematurias vesicales; únicamente si el coágulo es fino y tiene de quince á veinte centímetros de longitud, es cuando tiene importancia diagnóstica.

Si el riñón está aumentado de volumen puede ser indicio de punto de partida de la hematuria, y sin embargo, esta objetividad renal falta muchas veces; por ejemplo: las nefritis hemorrágicas no se acompañan de aumento de volumen, y los neoplasmas renales se aprecian al tacto ya en su último período.

Los síntomas de vejiga, frecuencia, dolor á la micción, sensaciones uretrales, hablan en favor de la hematuria vesical; mas téngase en cuenta que existen reflejos de riñón sobre vejiga que dan á ciertas lesiones renales apariencia de afección vesical; la existencia de signos vesicales ofrece interés, pero su ausencia no prueba nada.

El carácter terminal de esta hematuría es el más seguro si se conocen ejemplos de hematuria terminal de origen renal; esta excepción confirma la regla.

En cuanto á los medios de exploración, como el cistoscopio, por ejemplo, son de empleo difícil estando la vejiga recubierta de sangre; en la hematuria intermitente se puede escoger un período de calma para practicar la cistoscopia. De estas consideraciones sacamos en claro que la clínica en ocasiones no nos da los signos precisos y ciertos para hacer el diagnóstico de una hematuria.

¿Qué conducta seguir en presencia de una gran hematuria? Hay que distinguir dos casos, según que se haya podido ó no reconocer la causa de este accidente patológico.

Si el diagnóstico no se ha hecho, se empleará una terapéutica sintomática: uno de los recursos principales es la inyección de suero de 1.000 á 1.200 gramos diarios; igualmente puede recurrirse á la inyección intravesical de adrenalina (mézclese al agua boricada diez gotas de una solución de adrenalina á 1 por 1.000, inyectad en

la vejiga y evacuadla poco tiempo después); el uso de la sonda permanente es un excelente medio de tratamiento de las hematurias vesicales; si hay coágulos, evácuense por aspiración.

El uso de los diversos agentes antihematúricos permitirá ganar tiempo para observar al enfermo más de cerca y más concienzudamente; si la hematuria persiste, y la causa es aún oscura, haced la talla hipogástrica.

Excusado es decir que si el diagnóstico es claro, la terapéutica será causal, no sintomática.

Un nuevo reactivo muy sensible de la albúmina, por M. Tognett. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires*, París, 1.° Junio 1907.)

El ácido tánico, hace tiempo usado para la investigación de la albúmina, es considerado como uno de los reactivos más sensibles, no empleándose con frecuencia porque tiene el inconveniente de precipitar con la albúmina los fosfatos térreos, el ácido úrico, los uratos, peptonas, alcaloides y sustancias resinosas, que en determinados casos pueden encontrarse en la orina.

El autor ha encontrado el medio de emplear el ácido tánico sin miedo á error.

Se prepara una solución de 1,5 gr. de ácido tánico en 100 c. c. de alcohol de 90°, y una solución acuosa de ácido clorhídrico á 1,3 gr. A 3 c. c. de la orina que se quiera examinar, se añade igual volumen de la solución alcohólica de tanino, se calienta y se agrega 3 c. c. de la solución de ácido clorhídrico. Si no hay albúmina, la opacidad producida por la adición de la solución de tanino y el calor desaparece totalmente al añadir la solución clorhídrica. Si hay albúmina el enturbiamiento persiste, y al cabo de quince minutos próximamente se deposita en el fondo de la probeta un precipitado blanco amarillento. La precaución que hay que tomar, tratándose de orinas ictéricas, es separar desde luego los pigmentos biliares por el método de Grocco, añadiendo á la orina 1 : 30 ó 1 : 50 de su volumen de ácido acético, y filtrar.

Este reactivo parece ser el más sensible de todos, pues que permite encontrar albúmina en solución acuosa en la proporción de 1 : 180.000, y en la orina en la proporción de 1 : 200.000.

De la pielonefritis aguda unilateral, por el Dr. Eisendrath. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires*. París, 15 Junio 1907.)

Considerada durante mucho tiempo esta afección como consecuencia de la infección de las vías urinarias, se vió más tarde que podía originarse igualmente por infección general; salvo casos ais-

lados, data de ocho ó diez años la intervención quirúrgica para su tratamiento.

Etiología.—1.° Infección urinaria por propagación de cistitis en prostáticos, gonorreicos, hidronefrosis y litiasis renal, que favorecen la infección por retención; cateterismo séptico, fístula ureteral.

2.° Infección sanguínea por herida de riñón, estreñimiento ó irritación intestinal, embolias sépticas en el curso de una infección, metástasis de forunculosis ú otras supuraciones superficiales; en fin, puede presentarse en un riñón sano por contagio sanguíneo del riñón enfermo.

Anatomía patológica.—Muchas formas se han descrito: pielonefritis catarral ascendente, múltiples focos miliares de supuración, forma sobreaguda sin formación de focos, abscesos grandes y escasos, gangrena de la pelvis y del parénquima. No es raro que secundariamente se presente un flemón perinefrítico. Los agentes de la infección son generalmente el bacterium coli, gonococo, estafilococo y estreptococo.

Síntomas.—A veces el estado general domina el cuadro: escalofríos, fiebre, vómitos, etc.; otras los síntomas renales son los más salientes: dolor renal más ó menos vivo, espontáneo y á la presión en el espacio ilio-costal, rigidez abdominal, orina disminuída y purulenta, experimentando los enfermos en ocasiones los síntomas de cólico nefrítico.

Tratamiento.—Médico en los casos ligeros, en los que se usan los antisépticos urinarios y las bebidas diluyentes; quirúrgico, nefrotomía ó nefrectomía, hacia el que se inclina el autor, salvo casos excepcionales como el embarazo.

Tratamiento de la uretritis crónica por los tópicos locales, por el Dr. Gardner. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires.* París, 1.° Julio 1907.)

Dicho tratamiento consiste en curar la uretritis como una metritis, por el taponamiento y los tópicos locales. Empléanse tubos de cristal de diámetro apropiado, á través de los que se introduce una mecha de longitud variable; introducido el tubo hasta el punto enfermo, se le retira, empujando la mecha para que quede en el sitio; el enfermo orina algunas horas más tarde, expulsando la mecha; tirando de ella con cuidado para no provocar dolor; practicando la misma cura dos ó tres días más tarde, según la reacción; he aquí una de las fórmulas que recomienda para embadurnar la mecha:

Ictiol.....	4 gramos.
Resorcina.....	2,5 »
Bálsamo del Perú.....	12 »
Aceite de ricino.....	c. s. para 120 gramos.

Un caso de enfermedad poliquística de los riñones, por los Dres. Bartrina y Pascual. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires*. París, 15 Julio 1907.)

La literatura médica concerniente á esta enfermedad se va enriqueciendo con las numerosas observaciones que en estos últimos años se publican, y es un hecho incontrovertible la posibilidad, mejor dicho, la facilidad relativa con que hoy se diagnostica el riñón poliquístico; toda prevención que contra esto se tenga, dados los modernos medios de exploración, carece de fundamento.

Este trabajo pone en evidencia la probabilidad de que un riñón poliquístico pueda ser asiento de otras enfermedades independientes en absoluto de la existencia de quistes, y complicando, por tanto, la labor diagnóstica.

Las ideas patogénicas dominantes tienden á admitir como de origen congénito la degeneración poliquística del riñón, y, por consecuencia, aceptan la semejanza del riñón poliquístico adulto con el del recién nacido; la historia clínica siguiente es un caso más en favor de esta probabilidad.

Observación clínica.—J. G., de cuarenta años de edad.

Antecedentes hereditarios.—Padre muerto en tres días á la edad de sesenta y ocho años, presentando fenómenos cerebrales; madre muerta de repente, ignorándose la causa; hermanos en buena salud.

Enfermedades anteriores.—Nada de particular; únicamente ha tenido algún síntoma de anemia.

Afección urinaria.—Comenzó á los quince años de edad por dolor en la región lumbar, que se acentuaba en los períodos menstruales; el médico que la visitó por entonces la diagnosticó de ectopia renal. Casada á los veinte años, quedó en cinta, siendo el embarazo y parto completamente normales. Hace ocho años que el lumbago disminuyó notablemente. Hace cinco que tuvo un ataque de cólico nefrítico del lado derecho, durando tres días; se repitió cuatro veces más, expulsando en el último un cálculo de aspecto úrico; sometida á tratamiento antilitiásico, expulsó en el espacio de cuatro años ocho cálculos semejantes al primero.

En el momento de la primera visita solicita los auxilios médicos á causa de los fuertes dolores que aqueja en el hipogastrio y frecuentes deseos de orinar; por las noches orina dos veces; durante el día, cada hora.

Estado general.—Deja bastante que desear; hay pérdida de apetito, zumbidos, deseos de vomitar y diarrea, que suceden á pertinaz estreñimiento. Existen trastornos visuales. El sistema nervioso bien, sin que ni antes ni ahora haya sospechas de histerismo.

La exploración suministra los datos siguientes:

Uretra: calibre normal, secreción nula.

Vejiga: ligero cistocele vaginal por rasgadura del periné; la ex-

ploración con instrumento blando es negativa; sensibilidad normal; capacidad, 200 c. c.; exploración metálica negativa; por cistoscopia se observa la mucosa completamente sana; residuo pequeño, aspecto claro de orina, reacción ácida.

Palpación combinada (tacto vaginal y palpación hipogástrica).—Negativa.

Riñones.—Riñón derecho: volumen muy aumentado; se extiende desde el reborde costal hasta un poco por debajo de la espina ilíaca ántero-superior; la palpación cuidadosa permite apreciar algunas abolladuras, cuya consistencia, así como la de toda la superficie renal, es difícil precisar á través de la gruesa capa que se interpone entre riñón y mano exploradora; la situación del órgano es manifiestamente baja; sensibilidad escasa; defensa muscular nula; reflejo pielo-ureteral sin importancia.

Riñón izquierdo: volumen enorme; se extiende desde el reborde costal al nivel de la línea axilar anterior hasta el pubis; forma un tumor que ocupa el cuarto de la cavidad abdominal; la superficie con abolladuras de distintos tamaños, como granuladas; situación baja, desplazado; polo superior basculado hacia abajo, afuera y atrás; sensibilidad, poca; defensa muscular y reflejo pielo-ureteral, nada de particular.

Órganos genitales: Fondos de saco vaginales libres; útero y anejos sanos; reglas regulares, hasta el mes de Agosto de 1905, en que desaparecieron.

ANÁLISIS DE ORINA

ANÁLISIS QUÍMICO

Caracteres generales.

Volumen en veinticuatro horas...	2.000 c. c.
Aspecto.....	Un poco turbio.
Consistencia.....	Fluida.
Color.....	Amarillo claro.
Olor.....	Casi normal.
Sedimento.....	Denso blanquecino.
Reacción.....	Neutra.
Densidad.....	1.011.

Elementos normales.

Urea.....	8,32 grs.	por litro.
Fosfatos.....	0,54	»
Cloruros. Cloro total.....	3,11	»
Cloruros. Cloruro sódico.....	5,10	»

Elementos anormales.

Mucina.....	No se encuentra.
Albúmina.....	0,86 grs. por litro.
Glucosa.....	Indicios.
Pigmentos y ácidos biliares.....	No existen.

Examen radiográfico. — Negativo respecto á cálculo. En una de las pruebas se dibuja á la derecha el colon ascendente, y por dentro

de éste muchas manchas claras circunscritas de ligeros círculos oscuros, que denotan la existencia de abolladuras poco pronunciadas. La disposición abollada es más aparente en el lado izquierdo de la parte superior de la radiografía.

Eliminación del carmín de índigo combinado con el cateterismo cistoscópico de los uréteres. — Se hace una inyección subcutánea de solución de *carminum curuleum* al 4 por 1.000: media hora después, recogida la orina de la vejiga, aun es incolora; al cabo de una hora y diez minutos comienza á salir coloreada la del riñón derecho; la del izquierdo sin color.

Cateterismo de los uréteres.—Es practicado el 25 de Noviembre de 1905; una sonda ureteral es introducida en el uréter izquierdo correspondiente al riñón probablemente más enfermo; la orina del riñón derecho es recogida de la vejiga con una sonda ordinaria; el cateterismo demuestra la existencia de una notable retención renal.

Hechos los análisis de la orina (orina total antes del cateterismo, orina del riñón derecho, primera y segunda media hora, y orina del izquierdo, primera y segunda media hora), llaman la atención dos hechos: 1.°, la pobreza de elementos eliminados; y 2.°, la gran cantidad de orina emitida, explicándose esto por la retención renal existente. Comparando los datos anteriores con la eliminación provocada y los síntomas clínicos, se deduce que las funciones renales, por insuficientes, están gravemente comprometidas de ambos lados.

Diagnóstico.—Dos puntos abarca: saber si el tumor percibido en cada lado es el riñón, y determinar de qué afección renal se trata; respecto á lo primero, no hay duda: los antecedentes de la enferma y la bilateralidad lo hacen presumir; la ausencia de afección genital y los datos aportados por la palpación lo confirman, y el cateterismo de uréteres desvanece las dudas.

¿De qué enfermedad se trata? La confusión es solamente posible con una enfermedad que interesase ambos riñones: la ectopia renal concomitante con uronefrosis, ó la nefrolitiasis con distensión pielorenal consecutiva, son generalmente unilaterales; por otra parte, ni la forma, ni el volumen, ni el estado aséptico de las lesiones, tan largo tiempo conservado, ni su persistencia constante en el mismo estado, ni la propiedad de mostrarse rebelde, ó por lo menos indiferente á toda influencia exterior, hacen inaceptables los diagnósticos arriba mencionados.

La fisonomía de la enfermedad está caracterizada por tres hechos: bilateralidad, fijeza y duración, condiciones que únicamente puede reunir la degeneración poliquística de los riñones.

Pronóstico.—En este caso particular, dados los síntomas urémicos y el resultado de la exploración de las funciones renales, tiene que ser fatalmente desfavorable.

Tratamiento.—Siendo inútil toda intervención, sólo pudo ser paliativo, sucumbiendo la enferma poco después.

Examen de las piezas anatómicas:

RIÑÓN DERECHO

Longitud	28	centímetros.
Ancho	13	»
Grosor	17	»
Perímetro longitudinal	64	»
Perímetro transversal	36	»
Peso	1.300	gramos.

Superficie exterior.—Está sembrada de gran número de quistes con abolladuras de diferentes dimensiones; el contenido de los quistes es claro en unos, oscuro en otros, y en otros hemorrágico. El uréter está dilatado, liso, sin acodamientos; la pelvis, dilatada igualmente; consistencia del riñón, blanda.

Superficie de sección.—Se encuentra ocupada su casi totalidad por quistes, cuyo volumen varía desde el de una mandarina hasta el de un grano de mijo; la mucosa del uréter, sana, ligeramente inyectada por alteración cadavérica; mucosa de la pelvis, sana.

RIÑÓN IZQUIERDO

Longitud	28	centímetros.
Anchura	18	»
Grosor	15	»
Perímetro longitudinal	71	»
Perímetro transversal	39	»
Peso	1.770	gramos.

Superficie exterior.—Llena de quistes, recordando su aspecto á un racimo de uvas; como en el derecho, el contenido de los quistes es variable; el uréter y pelvis, con análogos caracteres que en el otro riñón.

Examen microscópico.—Los islotes de parénquima que se encuentran entre los quistes presentan los caracteres de la nefritis intersticial. El tejido conjuntivo es muy abundante, sobre todo en la zona de los glomérulos de Malpigio, y presentando signos de atrofia simple ó de degeneración grasosa; el epitelio de los canalículos no está sano; arterias y venas sanas.

Conclusiones.—1.ª La enfermedad poliquística del riñón es de diagnóstico posible, y muchas veces fácil, máxime contando con los modernos medios de exploración renal.

2.ª El riñón poliquístico puede ser asiento de otras afecciones (litiasis, tuberculosis, etc.).

3.ª El riñón poliquístico es susceptible de retención con distensión piélica, sin que por eso exista obstáculo á la circulación de la orina.

4.ª Es de creer que en todos los casos de enfermedad poliquística de riñón se trate de un verdadero tumor fibro-epitelial. El desarrollo progresivo é indefinido contribuye á darle los caracteres de tumor.

5.ª En este caso, como en muchos otros, se puede establecer cierto lazo de unión entre el riñón poliquístico de la infancia y el del adulto, confirmándose el origen congénito de la enfermedad.

6.ª En cuanto á la etiología, es preciso buscarla en el desenvolvimiento embriogénico por aislamiento de un grupo de células embrionarias, epiteliales y conjuntivas.

Fístula urétero-vaginal: sonda ureteral permanente: curación, por el Dr. Jeanbrau. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires.* París, 15 Julio 1907.)

Se trata de una mujer de veintiún años, que infectada á seguida de su matrimonio, empezó á notar fenómenos de cistitis y dolores pelvianos.

Después de un aborto de dos meses y de varias crisis de pelviperitonitis, ingresó en la clínica ginecológica, donde el Dr. Guerin la hizo una colpotomía posterior, evacuando una colección de pus espeso y fétido, notando la enferma á los cuatro días que salía parte de la orina por la vagina.

Habiéndose reducido la colpotomía á sencilla incisión de la mucosa vaginal, no se podía pensar en rotura de vejiga ó uréter por las tijeras; más bien cabía la sospecha de ulceración, por el pus de uno de estos órganos. Llamado en consulta el Dr. Jeanbrau, pudo rápidamente, excluyendo la vejiga, diagnosticar una fístula del uréter.

Una primera separación con el aparato de Luys dió orina del lado derecho, nada del izquierdo; es, pues, una fístula izquierda.

El deseo natural era restablecer cuanto antes el curso de la orina; pero no podía por entonces pensarse en hacer la ablación de las lesiones anexiales por vía abdominal, porque el estado febril de la paciente indicaba que estas lesiones eran muy sépticas y muy agudas. Con el empleo del agua caliente, apaciguados estos fenómenos, y en descenso la fiebre, permitió intentar tres semanas después el cateterismo ureteral con el cistoscopio de visión directa de Luys: el intento tuvo buen éxito; se dejó colocada una sonda número 8, y dos días después se hizo la extirpación de los anejos supurados.

Una vez quitados el útero y anejos, se fué en busca del uréter izquierdo, siendo imposible encontrarlo en medio de aquellos tejidos indurados.

Seis días después de la operación, ó sean ocho después de la colocación de la sonda ureteral, fué quitada ésta, no notando la enferma escape involuntario de orina.

Esto pasó hace año y medio: desde entonces continúa bien la paciente. M. Jeanbrau hizo la cistoscopia un año después de la operación, sin poder ver el orificio del uréter izquierdo; quiso después practicar una separación para cerciorarse del funcionamiento del citado riñón izquierdo, pero la enferma no quiso someterse á nuevas maniobras; por otra parte, no había ningún signo que indicase retención renal.

CARLOS NEGRETE

26 Julio de 1907.

VARIEDADES

El suero esterilizado de caballo en Cirugía (1), por RAYMOND PETIT, *Jefe de Clínica de la Facultad de París.*—«Cuando una solución salina isotónica se inyecta dentro de la cavidad peritoneal, se produce en el mismo sitio un aflujo de un número considerable de células polinucleares blancas de la sangre, y la resistencia natural de la membrana serosa á infectarse aumenta considerablemente. Tal es el hecho que ha puesto en evidencia Issaeff con reiteradas experiencias. Este autor afirma que en un peritoneo preparado por la inyección de una solución salina isotónica puede inocularse sin peligrosas consecuencias una dosis mortal de vibrión del cólera, cuando un animal que no ha recibido previamente la inyección salina sucumbe en veinticuatro horas á dosis mucho más tenues.

A instancias de M. Metchnikoff, hemos repetido este experimento con varias sustancias químicas y con distintas especies de microbios patógenos, habiendo encontrado, después de repetidas experiencias, que el suero de caballo hervido es la sustancia más apta para producir una polinucleosis. Muchas otras sustancias pueden emplearse para producir polinucleosis por quimotaxis, tales como una solución fisiológica de sal común, caldo peptonizado, aleurona, ácido nucleínico y varios sueros normales; pero todas ellas no producen el apetecido aflujo de leucocitos en el mismo grado ni con idénticos efectos. La aleurona, por ejemplo, atrae un gran número de leucocitos polinucleares; pero ávidos por los granos de aleurona, absorben éstos y no tienen el mismo apetito fagocitario con relación á los microbios.

El suero normal parece ser el que produce la mayor polinucleosis que puede utilizarse para la fagocitosis; y entre los sueros, el de

(1) Del periódico *Medical Record*, de Nueva York, traducimos este artículo, de cuyo interés juzgarán nuestros lectores.

caballo es el mejor, puesto que es menos tóxico que el de vaca, y puede ser casi enteramente inofensivo calentándole al baño maría durante dos horas á 90° en tres días consecutivos, con el fin de destruir la alexina sin atacar su natural eficacia.

Cuando se ha producido por este medio una polinucleosis en el peritoneo de los animales, ha sido posible inocularles con impunidad dentro de la membrana serosa un número de dosis mortales de culturas de vibriones del cólera, bacilo tifoideo, *bacterium coli*, *staphylococus pyogenes*, etc.

El resultado de estos experimentos nos ha inducido á utilizar este método en el tratamiento de las infecciones en el hombre. Los resultados obtenidos han sido excelentes, y desde 1900 el suero esterilizado de caballo ha venido empleándose en casos adecuados en la práctica privada, así como en el hospital, para el tratamiento de accidentes del trabajo. Yo he llegado á convencerme de que se pueden curar multitud de infecciones por la fagocitosis y por el aflujo de polinucleares provocado por la presencia del suero esterilizado de caballo, no sólo en el peritoneo, sino también en todas las cavidades serosas, en las membranas mucosas y en las heridas de todos los tejidos y regiones. Más de cien casos pueden citarse, algunos de los que ya han sido publicados en la *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale* por Pozzi (Julio y Agosto de 1906) y en el *Bulletin de la Société d'Obstétrique* de París (Febrero 19 de 1906).

Los casos tratados pueden resumirse del modo siguiente:

1.° *Cirugía abdominal.*—El suero esterilizado de caballo ha sido empleado como agente profiláctico en operaciones de carácter no aséptico, y como medio curativo en casos caracterizados por la infección. Los casos en que ha sido empleado como medio curativo son: apendicitis con absceso (operadas en período de agudeza), peritonitis generalizada, salpingitis supurada con pelviperitonitis y colecistitis supurada con pericolecistitis. En todas estas operaciones hemos hecho la intervención con las naturales precauciones asépticas.

En todos los casos de apendicitis aguda el apéndice ha sido separado en el acto operatorio. Después de la operación se ha dejado un drenaje, y la cavidad serosa ha quedado ligeramente rellena con gasa impregnada con suero esterilizado de caballo; también se ha vertido dentro de la cavidad peritoneal, á través del tubo de drenaje. La dosis comúnmente empleada ha sido de 30 centímetros cúbicos. El día siguiente la misma dosis ha sido echada por el tubo de drenaje. En estas condiciones la temperatura se elevó ligeramente al principio, y después descendió alrededor de la normal. El carácter del pus cambió rápidamente; en vez de un fluido seroso, un pus cremoso y espeso apareció: el laudable pus de los antiguos. El pus

examinado al microscopio antes de la operación contenía pocos elementos de defensa (leucocitos y polinucleares), con un número considerable de microbios libres; después del uso del suero se encontraron numerosos leucocitos llenos de microbios, y pocos microbios libres. La supuración disminuyó rápidamente, y el proceso supurativo rápidamente entró en una faz de activa granulación, continuando así hasta que la cicatrización fué completa. Un caso de apendicitis aguda con abscesos prerrenal y subhepático curó completamente en tres semanas, con una buena cicatriz.

Con un fin profiláctico se hizo uso del suero de dos distintos modos. En el curso de operaciones por ovario quístico, epitelioma del ovario, histerectomía abdominal por cáncer y preñez extrauterina, rota ó no, cuando una falta de asepsia era de temer, ó después de una prolongada operación por adherencias, el suero fué vertido dentro de la cavidad peritoneal á dosis de 30 centímetros cúbicos; se dejó drenaje y gasa saturada con el suero, ó se hizo inmediata sutura de toda la incisión. En todos los casos así tratados el resultado fué satisfactorio.

En los casos de gastroenterostomía ó enteroanastomosis se empleó diferente procedimiento. La víspera de la operación se inyectaron dentro del peritoneo 30 centímetros cúbicos de suero mediante una punción hecha con un trócar especial construído por Galante, con el que se evita que los órganos abdominales sean heridos. La inyección hecha de este modo no ocasionó ningún trastorno, y el procedimiento hace tolerable una operación en un peritoneo que es protegido por una mayor resistencia, debida á la presencia de polinucleares.

2.° *Ginecología.*—La mayor parte de los casos de esta clase son infecciones puerperales, post-partum ó post-abortum, muy características, acompañadas de alta temperatura, y con frecuencia de espesas falsas membranas en el cuello, paredes vaginales y vulva. El modo de proceder es el siguiente: primero conviene asegurarse de que el útero se halla vacío, para lo cual previamente se raspa con una cucharilla y se extraen los restos de placenta ó membranas que pudiera alojar; después se lava el útero con doscientos ó trescientos gramos de solución fisiológica de sal, y terminado el lavado se restrega tanto el fondo uterino como la vagina con un tapón de gasa esterilizada. Unas tiras de gasa esterilizada se impregnan con el suero y se colocan en el centro de la matriz, rellenando su cavidad, así como la de la vagina, con débil presión. Estas gasas se dejan colocadas durante veinticuatro horas, renovándolas diariamente por espacio de tres á ocho días. Cuando se sacan estas gasas ofrecen un aspecto viscoso por estar impregnadas de un líquido espeso y grisáceo semejante á una solución de goma, con un fuerte y pecu-

fiar olor, siendo extremadamente rico en leucocitos polinucleares en plena acción fagocitaria.

La temperatura, que se eleva algo durante unas cuantas horas, desciende después de la primera cura. Al mismo tiempo, las falsas membranas y escaras se eliminan, las heridas granulan activamente y el estado general rápidamente mejora.

3.° *Pleuresía purulenta.* — Dos casos excepcionalmente graves han sido tratados: uno en un niño (estafilococo y estreptococo) y el otro en un adulto (estafilococo, estreptococo y bacterias anaerobias), con gangrena pulmonar. En ambos casos, después de resección de costillas y drenaje, se vertieron dentro de la pleura 30 centímetros cúbicos de suero cada día, por espacio de algunos días. Ambos pacientes se curaron rápidamente, y el pus presentó las mismas transformaciones que hemos señalado antes.

4.° *Varios flemones infecciosos.*—En este grupo hállanse incluídos flemones submaxilares graves, flemones difusos de los miembros y tronco, ántrax, forúnculos, flemones tendinosos, flemones erisipelatosos, grangrena edematosa, heridas sépticas de los dedos, etc. En todos estos casos, múltiples incisiones y drenaje se pusieron en práctica; después el suero se vertió dentro del drenaje, y las heridas se taponaron con gasa humedecida con suero, y más tarde se pulverizaron con suero secado á la estufa. Una curación acompañada de excelentes cicatrices fué el resultado.

5.° *Quemaduras.* — Algunos casos de quemaduras han sido tratados, producidas unas por el fuego y otras por agentes químicos (vitriolo). En estos casos se aplicaron compresas de gasa aséptica empapadas en suero. Las quemaduras de segundo grado, curadas después de evacuar la serosidad de las ampollas, cicatrizaron en una semana. En quemaduras de tercero y cuarto grado con escara, ésta se desprendía al tercero ó cuarto día, dejando descubierta una superficie roja y granulosa. En un caso de quemadura de tercero y cuarto grado de ambos pies y un brazo, se emplearon al mismo tiempo: cura con ácido fénico en un pie, suero de caballo en el otro y agua esterilizada en el brazo. La escara tratada con suero se desprendió primero; una semana después la que fué tratada con agua esterilizada, mientras que la del otro pie, tratada con ácido fénico, persistió algunos días más. La misma separación se efectuó en las tenaces escaras que se observaron consecutivas á quemaduras producidas por ácidos. Un caso de escaras debidas á trastornos neurotróficos hemos de añadir á los anteriores, porque fué felizmente modificado por el mismo tratamiento que los otros.

6.° *Curación de heridas por segunda intención.* — Se ha observado que abscesos, heridas granuladas, heridas atónicas, tales como úlceras varicosas antiguas, etc., son rápidamente modificadas

por medio de la cura hecha con compresas humedecidas con suero de caballo. Después de la segunda cura la herida aparece sonrosada, y una granulación activa la invade; sangra fácilmente, y pronto comienza la formación de piel nueva.

No es conveniente aplicar esta cura más que una vez, porque si se sigue empleando, pronto produce una detención en el proceso de cicatrización. Una formación rápida de piel se obtiene aplicando compresas empapadas en una solución de bicarbonato de sosa al 1 por 100. El mejor resultado ha sido obtenido mediante el uso de compresas ligeramente empapadas y cubiertas con hule de seda impermeable.

En resumen, se ha obtenido con el suero esterilizado de caballo la curación y cicatrización excelente y rápida en casos graves y en distintas enfermedades en que fracasaron los métodos ordinarios de tratamiento. Estos resultados han determinado el sistemático empleo de este tratamiento, basado en propiedades químicas y fagocitarias, lo mismo en el hospital que en la práctica privada; y por último, durante dos años, la estadística ha venido á demostrarnos y convencernos del valor de este tratamiento.

El uso de suero esterilizado de caballo es, por lo menos, un medio de realizar un nuevo método de curación: un agente que se ha empleado porque ofrece el mejor vehículo para la aplicación de la fagocitosis, por la formación de polinucleares; un elemento el más favorable para la vida de las células del organismo. Tan pronto como un método mejor se descubra, como sucede con el de que nos ocupamos, debe ser inmediatamente aplicado.

El que desee confirmar este nuevo método de tratamiento, basado en los descubrimientos de Metchnikoff, experimentos de laboratorio y casos clínicos, que ensaye el valor del suero de caballo esterilizado. Este método de tratamiento quirúrgico de las infecciones se halla, sobre todo, en armonía con el organismo enfermo: utiliza principalmente los recursos del mismo organismo, acrecentando al máximum sus naturales medios de defensa, y coloca á los tejidos en situación de defensa bajo las mejores y más favorables condiciones para su reparación. Difiere completamente de la antisepsia y asepsia, que siempre conservan sus indicaciones: este método parece no destruir los microbios de una herida con el auxilio de agentes químicos y cáusticos, que alteran la vitalidad de las células: él no aspira á establecer una barrera que impida la aproximación de los gérmenes patógenos; por el contrario, él tiende á auxiliar al organismo en su propia defensa. Aséptico en su aplicación, siempre que el suero se halle esterilizado y se aplique con gasa esterilizada, este método tiene por objeto crear una antisepsia por fagocitosis y favorecer la vida de las células para la cicatrización.»

Bien merece tomarse en consideración cuanto el Dr. Petit afirma respecto á la eficacia del suero de caballo esterilizado como profiláctico y curativo en multitud de afectos quirúrgicos. Racional nos parece la interpretación que, fundada en trabajos de laboratorio, se da á su doble virtud profiláctica y curativa. Nos proponemos comprobar por nosotros mismos las aseveraciones contenidas en este trabajo, y tan pronto como hayamos realizado este nuestro intento, sus resultados, sean ó no positivos, los pondremos en conocimiento de los lectores de esta REVISTA.

PABLO LOZANO

Reforma higiénica plausible.—Aunque bastara á nuestro propósito lo dicho en el artículo anterior sobre el Cuerpo de inspectores médicos municipales, del cual nos hemos ocupado de un modo sintético, permítasenos decir que está llamado á dar sus frutos en un plazo relativamente breve, y demostrado en el Congreso Internacional de Medicina celebrado en Lisboa en Abril de 1906, en que fué presentada en la sección de Higiene el día 25 del citado mes una comunicación sobre empadronamiento sanitario de las viviendas hecha por este Cuerpo, y en la cual se modifica el sistema hasta ahora empleado, dándole mayor extensión al historial técnico, estadístico y de orden químico; más tarde fué reproducida en el Congreso celebrado en Ginebra, y últimamente de Barcelona, donde este servicio se halla embrionariamente establecido; hemos tenido el gusto de recibir una comunicación, en la cual varios profesores médicos de la ciudad condal nos han pedido datos y antecedentes con el fin de implantar en tan culta población este importante servicio sanitario.

Por otra parte, en la revista médica de Zaragoza *Clínica y Laboratorio*, véase lo que, ocupándose de tal servicio implantado en la capital de España, en su número del mes de Septiembre próximo pasado decimos:

«El señor alcalde presidente ha oficiado á los médicos inspectores de salubridad é higiene de todos los distritos de Madrid, á fin de que con la mayor urgencia, y con preferencia á cualquier otro servicio, le den cuenta de todas las casas que carezcan de condiciones higiénicas, y de las reformas urgentes que para subsanar estas deficiencias deban hacerse. Ya es hora de que la higiene penetre en esta villa, llamada tan injustamente «la ciudad de la muerte».

»El inspector de salubridad del distrito de la Latina ha girado ya una visita al barrio obrero de la Reina Victoria, instalado en el Cerro del Cuervo, á la izquierda de la carretera de Extremadura, y á kilómetro y medio de distancia del Puente de Segovia, al frente de cuya sociedad constructora benéfica se halla el Sr. D. José Canalejas.

»La casita modelo recién construída es de muros de ladrillo, pisos de viguetas de hierro, suelos de cemento comprimido, escaleras á la catalana, paredes estucadas, fregadera y servicios auxiliares de piedra artificial, retrete inodoro, aislamiento de gases, desagües de gres, agua, cámara inferior de ventilación, altura de techos y cuanto pueda exigir la más escrupulosa higiene moderna.

»La casita construída en el barrio de la Reina Victoria, en el distrito de la Latina de Madrid, es un éxito en las construcciones modernas que persiguen un fin social, y es una solución para la clase obrera.

»Parece ser que en breve se construirán 14 viviendas idénticas de piso bajo y principal, con tres habitaciones en el bajo, incluso la cocina, y tres dormitorios en el principal, con ángulos redondeados y ventilación directa.

»Las calles tendrán en esta barriada 12 metros de anchas, y cada manzana probablemente 8 casas. Habrá una calle de hoteles, y del barrio vecino de la Casa de Campo tendrá alumbrado eléctrico, gas, agua y alumbrado general, siendo una de las mejoras que demanda la higiene de esta capital.»

Como se ve, ya tienden los Poderes públicos y sociedades á fijarse en la importancia del número de víctimas que el hacinamiento observado en la inmensa mayoría de los distritos pobres de esta capital produce la excesiva mortalidad que las estadísticas claramente demuestran, siendo éste uno de los factores relacionados con el servicio higiénico del empadronamiento sanitario de las viviendas, lo cual puede demostrarse estudiando las diversas capitales europeas, pues en Londres, al 23 por 1.000 de mortalidad, corresponde á cada casa de la población sólo 8 habitantes, dando por resultado la progresión creciente armónica en Berlín, que para 32 habitantes por vivienda da un contingente de un 25 por 1.000; en la capital de Francia, París, el 28 por 1.000, correspondiendo 35 habitantes por casa; en San Petersburgo el 41 por 1.000, con 52 habitantes; y, por último, en Viena el 47 por 1.000, correspondientes igualmente á 55 moradores por vivienda. Vese bien claro la progresión de la mortalidad con referencia al indicado extremo.

No queremos ni es nuestro propósito hacer un estudio de lo que este servicio representa en las diferentes capitales é importantes poblaciones en que actualmente se halla establecido; nuestras aspiraciones, muy modestas, se reducen sólo á que se conozca que, aunque de un modo muy elemental, se halla ya implantado por el Ayuntamiento, y que el Cuerpo de inspectores creados procura, en la medida de sus escasos medios, corresponder á lo que la higiene moderna demanda, desterrando todo aquello que sea evitable para disminuir la mayor morbilidad y mortalidad que tenemos en nuestra ca-

pital, y muy especialmente el terrible azote de la tuberculosis, enseñoreado en algunos barrios de nuestros distritos pobres, y que el hacinamiento produce.

Merced también á las inspecciones realizadas por este Cuerpo en las escuelas públicas municipales, ha sido propuesto por uno de los miembros del Excmo. Ayuntamiento, á quien mucho debe ya la higiene pública, la colocación de filtros en las fuentes, de que carecen las escuelas de la capital de la Monarquía. De lamentar es que no hayan podido implantarse en esta corte las prácticas higiénicas seguidas en las escuelas públicas de Inglaterra, Norte-América y Alemania, en las cuales se hace uso del baño como medida obligatoria, evitando de este modo múltiples enfermedades, y al cual se acostumbran los niños bien pronto, acudiendo á él con verdadero entusiasmo. En Alemania, sus *Pörderschulen* son sanatorios completos de niños, á los cuales son llevados los retrasados física é intelectualmente. De esperar es que en un plazo no lejano imitemos á los municipios alemanes utilizando este medio, en virtud del cual atenuaríamos, ya que no suprimiésemos de una manera absoluta, tal vez una de las causas de mayor mortalidad en las sociedades modernas.

A este propósito, bueno será no olvidar y tener presente los mandamientos higiénicos existentes en el Dispensario antituberculoso inaugurado recientemente en la invicta capital aragonesa:

1.° Amarás á la luz sobre todas las cosas. La luz del sol es el símbolo de Dios. Todos los bienes proceden de ella.

2.° Jurarás no probar los licores ni asistir á espectáculos en lugares cerrados.

3.° Higienizarás las fiestas. Lo que la confesión para el espíritu es el baño para el cuerpo. Las prácticas religiosas y las higiénicas son el mejor medio de aprovechar el tiempo cuando no se trabaja.

4.° Honrarás al aire y al agua corriente. Son el padre y la madre de nuestra salud, que necesita para engendrarse y sostenerse de la ventilación y de la limpieza.

5.° No beberás. Quien bebe se mata ó puede matar al prójimo.

6.° No fumarás. Quien fuma respira humo en vez de aire, y causa molestia á los demás.

7.° No escupirás. Quien escupe roba la salud á sus semejantes.

8.° No levantarás polvo bajo ningún pretexto, ni trasnocharás. Quien hace lo primero siembra el dolor; quien hace lo segundo no ama la luz del sol, que es el símbolo de la vida y de la verdad.

9.° No desearás nada que venga del azar ó del albur. Quien juega no trabaja, engaña ó es engañado; si alguna vez gana dinero, pierde la tranquilidad, que es la salud del alma, y la salud es la paz del cuerpo.

10. No gastarás el dinero más que en alimento sano, ropa limpia y cama dura, para conseguir lo cual no se necesita codiciar los bienes ajenos.

No hemos de terminar este artículo sin recordar lo que el doctor Larra nos dice en sus interesantes reglas prácticas para disminuir la mortalidad de Madrid, presentadas á la Sociedad Española de Higiene en una de sus últimas sesiones.

Regla 12, letra *k*.—«Como la historia sanitaria de una casa enseña más que la de muchos hombres, persistirá el Ayuntamiento de esta corte en el empadronamiento de aquéllas, y prohibirá sean habitadas cuantas por sus malas condiciones den una mortalidad alarmante continuada.»

De este modo, por tal procedimiento, llegaremos muy en breve á poder establecer comparaciones sanitarias útiles de las viviendas, sin necesidad de poner á prueba la sinceridad de porteros y propietarios, de dudosa comprobación en muchos casos, llegando á ser un hecho reforma tan necesaria y anhelada por los verdaderos amantes de la moderna higiene en la villa del Oso y el Madroño.

DR. EDUARDO MASIP

Aniversario.—El 31 del corriente Agosto se cumplen cinco años de la muerte del llorado maestro y Fundador del Instituto, Don Federico Rubio. Desde aquella fecha su recuerdo perenne vive y alienta entre nosotros, su espíritu vela por su obra bienhechora, en tanto su cuerpo yace al lado de aquellos á quienes tanto amó; pobres enfermos cuyo alivio físico y moral buscara con afán grande, y que al ver mejorada su suerte por los desvelos del grande hombre, le dedican una oración en este día y una lágrima de gratitud como única recompensa, ya que él mismo enseñara á no pretenderla, sino á practicar el bien por la satisfacción interna de haberlo cumplido.

Que su ejemplo sea la fuerza que nos impulse para trabajar por el mejoramiento del Instituto Rubio, y así nos haremos dignos del título de discípulos del Fundador.

Advertencia.—*Acompañamos en este número la lámina correspondiente al artículo del Dr. Blanc,* UN CASO DE ENFERMEDAD DE BANTI, *y que causas independientes de nuestra voluntad hicieron que no apareciese en el número de Abril.*

EL DR. D. EUSTASIO URUÑUELA É HIDALGO

Víctima de terrible enfermedad, acaba de fallecer, á la edad de cincuenta y cuatro años, el profesor jefe del Dispensario de Oto-rino-laringología del Instituto Rubio.

Discípulo predilecto del Dr. Ariza, fundador de la laringología en España, el Dr. Uruñuela nació á la vida médica cuando esta especialidad surgía impetuosa para adquirir la preponderancia con que actualmente se desenvuelve.

Educado en la escuela de aquel sabio maestro, y completada su educación científica en las clínicas de Gougenheim, Stoerk, Politzer, Schnilder y Morell-Mackenzie, la personalidad de Uruñuela logró alcanzar con vertiginosa rapidez relieve envidiable. Ingresó en el Instituto de Terapéutica Operatoria en calidad de profesor ayudante de Oto-rino-laringología; pero muy pronto el inolvidable D. Federico y el profesor Ariza, apreciando en todo su valor sus singulares dotes, nombraron al neófito ayudante jefe de los servicios de aquella importantísima clínica. A la muerte de su maestro fué designado profesor jefe de la clínica de Oto-rino-laringología del Instituto Rubio, donde, por espacio de veinte años, ha dado constantes muestras de laboriosidad fecunda, de amor á la enseñanza y de interés y celo por la humanidad doliente.

La hermosa labor realizada en esta época de su vida le conquistó un puesto científico de primer orden. Ha sido, respectivamente, presidente de honor de la Sección de Laringología del Congreso Internacional de Medicina celebrado en París en 1900, presidente efectivo de la misma sección en el Congreso de Madrid, pre-

sidente también del primer Congreso Español de Laringología, presidente de la Sociedad Laringológica Española, etc., etc.

Siguiendo paso á paso la vida médica del maestro, no pueden menos de ser admiradas sus excepcionales aptitudes.

Inteligencia sagaz y penetrante, erudición vastísima y voluntad férrea, indomable, que jamás cedió ni aun á los embates constantes del dolor físico que le agobiaba, puestos al servicio de una rama especial de la Medicina, dieron por resultado una labor práctica colosal, seguramente no superada por ningún oto-rino-laringólogo del mundo.

Pero la modestia, virtud de que jamás quiso desposeerse; el exceso de trabajo que la clínica del Instituto y la clientela particular le producían, y algo de horror al discurso y á la escritura, han contribuído á dejar archivados en el estrecho recinto de nuestra clínica hechos de incalculable valor, tesoros valiosísimos de observación, capaces por sí solos para labrar un monumento científico-práctico de gran trascendencia.

Sin embargo, cuando la calma de sus dolores le devolvía la euforia imprescindible para trasladar las ideas al papel, el doctor Uruñuela, desechando prejuicios y venciendo pereza de escritor, escribía. Y los magistrales trabajos salidos de su pluma fueron siempre estimadísimos, no sólo en nuestra patria, pero también allende los Pirineos.

Nadie ignora que él ha descrito por vez primera, de una manera clara y precisa, la ectasia vascular faríngea, en un trabajo presentado al Congreso Internacional de 1903. Y esta enfermedad, citada ya en las principales obras de la especialidad, debería llamarse enfermedad de Uruñuela: nosotros así la denominaremos en lo sucesivo. Nadie ignora que él ha sido el primero en aplicar con éxito y recomendar con interés la intubación en determinadas clases de fracturas laríngeas. Nadie desconoce la trascendencia de sus memorables artículos, eminentemente personales, acerca de la simplificación de la traqueotomía, del diagnóstico del cáncer laríngeo incipiente, etc., etc. El lector encontrará el índice bibliográfico de sus publicaciones al final de este modesto trabajo necrológico.

Recientemente, muy avanzada ya la cruel enfermedad que poco tiempo después le ha llevado al descanso eterno, atendiendo á repe-

tidas instancias de sus compañeros y discípulos, dió varias conferencias acerca del cáncer de la lengua. Cuantos tuvimos el placer de escucharle pudimos admirar la clarividencia de su espíritu observador y la precisión de los conceptos que brotaban en una oratoria, como su temperamento, seca, contundente, sin galas retóricas, pero tan eminentemente persuasiva, que en el ánimo de todos dejó grabados de una manera indeleble la sintomatología, diagnóstico, etc., etc., de esta enfermedad.

Era un verdadero maestro y un clínico sagacísimo, en quien no se sabía qué admirar más, si la prontitud y el acierto de sus juicios diagnósticos ó la habilidad incomparable con que realizaba las más delicadas intervenciones.

***

«*Vivir es funcionar*, nos está diciendo aún D. Federico Rubio; *no muere el que, volviendo al barro de que procede, continúa haciendo el bien más allá de su tiempo.*»

El espíritu de Uruñuela vivirá eternamente en nosotros. Los alumnos del Dispensario de Laringología, al rendir en nombre del Instituto este modestísimo tributo de admiración al maestro querido, no podrán olvidar jamás el lema citado; y ya que su puesto quedará eternamente vacante, honremos su memoria teniendo siempre presente que vivir es funcionar. Y si nuestra labor no es fecunda, por ser nuestra, al menos laboremos para seguir su ejemplo y aprovechemos sus valiosísimas enseñanzas y anotaciones de la clínica, que, al fin y al cabo, con exteriorizar los hechos ya conseguidos y realizados por él, el trabajo nuestro tendrá cuando menos una parte brillante, la parte que refleje la obra del inolvidable maestro.

TRABAJOS DEL Dr. URUÑUELA

Estudios sobre la cocaína, 1886.

Pericondritis laríngea, 1888.

Simplificación de la traqueotomía. (Comunicación al primer Congreso español de Laringología, 1896.)

La intubación en el tratamiento de las fracturas. (Comunicación al primer Congreso español de Laringología, 1896.)

Un caso de laringo-fisura y extirpación del aritenoides derecho. (Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, Junio 1899.)

La tirotomía en el cáncer laríngeo. (Comunicación al XII Congreso Internacional, 1900.)

Diagnóstico y tratamiento del cáncer laríngeo incipiente. (Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, Marzo 1900.)

Anomalías del temporal. (Conferencia en el Instituto Rubio, 1900.)

Anomalías del frontal. (Conferencia en el Instituto Rubio, 1900.)

La flebectasia faríngea. (Comunicación al XIII Congreso Internacional, 1903.)

Tratamiento médico é higiénico de los sordo-mudos colegiados, 1907.

Ulceraciones de la lengua. (Conferencia en el Instituto Rubio, 1907.)

DON EUSTASIO URUÑUELA É HIDALGO

† el 25 de Septiembre de 1907 en Colindres (Santander).

UNIV. OF
CALIFORNIA

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

NOTAS CLÍNICAS

DENTICIÓN DIFÍCIL Y SU TRATAMIENTO

POR EL DR. D. CELESTINO MOLINER
Del Instituto Rubio.

Antiguamente, y hasta hace pocos años, se consideraba el proceso fisiológico de la dentición como un factor etiológico, principal y casi único en la mayor parte de los trastornos morbosos que ocurren en el niño cuando se halla por su edad dentro de los límites de los diversos períodos dentarios.

Esta creencia, transmitida á las familias por la tradición y sostenida por los publicistas y los médicos de épocas todavía recientes, arraiga de tal manera aún entre nosotros, que resulta á veces empresa inútil y hasta soberbia el intentar convencer á las gentes del error en que viven, haciendo responsable á la dentición de alteraciones patológicas, cuyas causas, por ser determinadas y conocidas, son extrañas por completo á la evolución dentaria.

En cambio, en el día, y por un fenómeno que en la ciencia médica se repite con frecuencia, se ha ido en derechura del vado á la puente, cayendo en la exageración opuesta, y la mayor parte de los escritores médicos modernos, ó niegan en firme esta condición etiológica y hasta patógena, ó se limitan á reducir desdeñosamente á cuatro líneas este interesante capítulo de la patología infantil.

Cierto es que en el estado genuinamente fisiológico la erupción dentaria no constituye generalmente un verdadero accidente morboso, y cuando más, va acompañada de ligeras y transitorias molestias; pero en los estados distróficos ó discrásicos, el retardo y la inversión de los períodos dentarios es un episodio patológico, cuyos accidentes son tanto más atendibles cuanto que la misma endeblez y falta de resistencias de aquel organismo marchito imprimen un sello excepcional de gravedad á todo cuanto pueda romper tan inestable equilibrio.

Hay que establecer, pues, una distinción entre la dentición normal, que se verifica en un niño sano y bien nutrido, en períodos regulares y en series fijas, de la dentición difícil, laboriosa, pa-

tológica, que sufre el niño atrépsico, ó raquítico, ó sifilítico, retardada é invertida en el orden de aparición, y acompañada de fenómenos locales ó generales, infecciosos, sin duda, que directa ó indirectamente pueden poner en peligro la vida del niño.

Los estudios que Kassowizt emprendió sobre este asunto se refieren casi exclusivamente al primer grupo, á la dentición normal, y de ahí viene el error en que se incurre al hacerse cargo de las conclusiones de su trabajo.

¿Qué más? Si los sufrimientos que, ya adultos y fuertes, sentimos cuando brotan las últimas muelas llamadas del juicio, la estomatitis y el ptialismo, los infartos de los ganglios y hasta la fiebre que suelen observarse son casi una verdadera enfermedad, ¿qué razón hay para que el niño, aunque esté normal, no haya de sentir fenómenos parecidos y hasta sufrimientos mayores cuando en un brote simultáneo van á aparecer dos grupos de dientes, como suele suceder?

Por lo demás, este mismo hecho, la estomatitis ulcerosa ó simple, da la clave racional de la mayor parte de los accidentes de la dentición difícil; el dolor da la razón del insomnio, como el coriza, el infarto de los ganglios y la tos, de la propagación inflamatoria y de la infección bucal; y no hay que forzar la lógica para explicarse las oscilaciones térmicas que acompañan este estado, ni considerar inverosímil que la alteración química de las secreciones de la boca y faringe y la exaltación de la virulencia en la fibra microbiana coadyuven á la producción de infecciones gastrointestinales con sus fermentaciones anormales y las autointoxicaciones consiguientes, que se exteriorizan por toxi-dermitis de variadas formas, y excepcionalmente por fenómenos nerviosos de forma convulsiva.

Esto es lo que demuestra la observación clínica, y no hay médico de niños que no pueda á diario aportar hechos que evidencian que el proceso de la dentición puede hasta en condiciones perfectamente normales, aunque de un modo preferente en ciertos estados patológicos de la infancia, producir alteraciones y trastornos más ó menos graves que demandan los cuidados del médico; y esto prueba suficientemente que es inexplicable é injusta la preterición en que los publicistas paidópatas incurren, por la que se carece de una buena norma de conducta terapéutica que aplicar á casos de esta índole.

El repertorio farmacológico antiguo comprendía una multitud abigarrada de remedios, de los cuales todavía conserva algunos entre el vulgo la tradición: no hay para qué decir que si todos eran ineficaces, no eran en su mayor parte inofensivos. Como recurso de *ultima ratio*, se aconsejaba hacer una incisión en la encía, que jamás surtía el efecto que se deseaba por la rapidez con que se verifica la cicatrización, siendo además contraproducente, porque á la

resistencia que opone el tejido de la encía, encallecido y duro en la dentición retardada, hay que sumar la resultante de la cicatriz misma, amén de la situación poco airosa en que deja el fracaso al operador.

En la actualidad hay que reconocer que está justificado el nihilismo terapéutico de este estado patológico, contribuyendo mucho á ello el sinnúmero de jarabes, elixires y denticinas que la industria expende para todos los gustos y caprichos, compuestas á base de medicamentos tan antagónicos como el bismuto y los calomelanos, cuya elección se hace sin más criterio que el capricho de la nodriza ó de la madre.

La única terapéutica que puede aconsejarse como racional é inofensiva consiste en la más ordenada limpieza de la cavidad bucal, no permitiendo al niño llevarse á la boca objetos que por contactos impuros puedan ser portadores de agentes patógenos; aplicar, sobre todo por la noche, para calmar el dolor de las encías, un poquito de algodón mojado y exprimido con una disolución al 2 por 100 de estovaína, adicionada con una pequeña cantidad de mentol; la astricción, que debe evitarse en estas circunstancias, se podrá combatir con éxito dando diariamente una cucharadita de un laxante tan inofensivo como el aceite de ricino, así como en el caso de que exista diarrea algo excesiva, será preciso moderarla sin llegar á la completa supresión usando los astringentes de todos conocidos, asociados á algún antiséptico intestinal.

Como se ve, este tratamiento no resuelve el problema de una dentición difícil, limitándose tan sólo á atenuar sus molestias y evitar las consecuencias de infecciones posibles, pues el único medio seguro, racional y de resultado inmediato consiste en poner al descubierto la corona del diente que pugna inútilmente por salir; con este objeto, yo vengo empleando desde hace mucho tiempo la escisión de la encía, seguida de un legrado con una cucharilla cortante, que me permite dejar liberada la corona del diente, hasta que por el tacto y aun por la vista me llego á cerciorar de haber conseguido mi objeto.

No hay para qué dar detalles de la técnica de esta pequeña operación, pues sería una ofensa á la ilustración de los lectores; y lo que únicamente deseo consignar es que este traumatismo, practicado desde luego bajo los principios de asepsia y anestesia necesarios á toda intervención operatoria, es perfectamente soportado, aunque simultáneamente, y en una sola sesión, como yo lo he hecho muchas veces, se pongan al descubierto seis ú ocho dientes, y aun cuando por diarreas profusas ú otras causas exista gran depresión de fuerzas. Esta es la única y verdadera denticina.

Madrid, 26 de Septiembre de 1907.

EL MYRIACHIT

POR EL DR. ABDÓN SÁNCHEZ-HERRERO
Director del Sanatorio del Pilar.
De la Beneficencia municipal, por oposición.

Clasificada por los mejores patólogos entre las neurosis espasmódicas, ha recibido en la ciencia además los nombres de *Jumping, Latah* y *enfermedad de los tics convulsivos*, que propuso un discípulo de Charcot (Guinon). Se dice que es muy rara en nuestros climas y, por el contrario, frecuente en Oriente. No obstante, por mi parte he observado dos casos, el primero de los cuales voy á describir. Este estudio es necesario, porque el mal se considera por algunos incurable; no es exacto, y lo afirmo ateniéndome á los resultados de mi experiencia personal, puesto que los dos enfermos que he visto han curado de manera radical usando el tratamiento que luego diré. Bien merece el tema un momento de atención.

La etiología del myriachit es la general del grupo patológico á que pertenece, en el cual figuran afecciones que se parecen bastante á él, como son: la convulsión saltatoria de Bamberger, el paramioclonus múltiplex de Friedreich, la mogigrafía, el tartamudeo, la enfermedad de Parkinson, el temblor senil, la enfermedad de Thomsen y la enfermedad de Hammond (atetosis). La herencia neuro y psicopática: he aquí la causa común, unida á graves emociones y disgustos. En la enferma E. V., joven de diez y nueve años de edad, se trataba de una muchacha caprichosa, hija única, que nunca había sido contrariada y que era, en una palabra, una voluntad virgen, necesitada de dominar siempre y á todo trance. Sus padres creyeron conveniente, para completar su educación, trasladarla durante tres años á un colegio distante, donde ingresó como interna. Ya en él, aunque tratada con cariño por las directoras, *tenía que obedecer*, y esta condición no la podía sufrir. Por la violencia de su carácter tuvo muchos choques con sus condiscípulas. Fué para ella su vida de educanda un período de sufrimiento moral, nacido de los esfuerzos que tenía que hacer para dominarse. En el último año de su permanencia allí, á consecuencia de un susto apareció el myriachit. La etiología aquí está en conformidad con las opiniones generalmente admitidas hoy, que fijan la segunda infancia como la época más favorable para el desenvolvimiento de este mal. Es, pues, afección de la pubertad.

Desarrollada la enfermedad, se caracteriza en clínica por movimientos bruscos, por sacudidas, que atacan tanto á los músculos de la expresión del rostro como á los de las extremidades inferiores. Es muy raro que se hallen interesados los de las extremidades su-

periores. También se emiten ruidos laríngeos inarticulados, parecidos á los de una persona que al comenzar un discurso trata de desembarazar su garganta de las mucosidades que pudieran estorbar ó empañar su voz, los cuales sorprenden por su reiteración y su intensidad al que los oye. Esta perturbación se exagera á la menor emoción (Vanlair). La joven que estudio, cuando se hallaba en una visita de cumplido veía exacerbarse sus movimientos. Acompañando á este síntoma se notaban otros no menos penosos. Me refiero á la *ecolalia* combinada con la *coprolalia*.

La ecolalia consiste en repetir durante mucho tiempo la última palabra que se ha oído. La coprolalia es la pronunciación involuntaria de vocablos obscenos é indecorosos que, contrastando con la educación y sentimientos íntimos del paciente, causan su desesperación. Y le hacen huir del trato de gentes, temeroso de ponerse en ridículo á cada momento y ser objeto de la mofa de los ignorantes. E. V. tenía ambos síntomas bien definidos, los cuales la hicieron pasar muy malos ratos antes y después de su salida del colegio. No pude observar en ella el *ecomatismo* que algunos autores describen en el myriachit: consiste en la reproducción por el sujeto de los movimientos que ve ejecutar.

La inteligencia se hallaba intacta. Y por esta circunstancia sufría más. Se daba cuenta de que estaba inutilizada para la vida de relación. El myriachit presenta unos síntomas claros, y sólo cuando el observador no es atento puede confundirse con el corea. La voluntad ejerce alguna acción sobre la perturbación motora en el myriachit, y se atenúa mucho durante el sueño. Además, suele aparecer en familias con tara neuro ó psicopática. Y que es cierto lo demuestra el hecho de ser bastante frecuente en el pueblo hebreo, que á causa de sus costumbres y de unirse siempre entre sí, si ha conservado sus caracteres típicos desde Moisés, en cambio es asiento de las neuro y psicopatías más variadas.

Si nos fijamos en el hecho de la contracción muscular normal, veremos que la fisiología, ocupándose mucho de los fenómenos que ocurren en la fibra estriada, en la substancia contráctil, no estudia apenas los nerviosos que presiden la actividad del sistema mencionado. Y aquí se halla incluído también el problema de la inervación en general, de la función propia del nervio llamado motor en el movimiento voluntario; en él estamos hoy tan á obscuras como en los tiempos de Haller, el renovador de la fisiología. Sólo diré que mientras no se conozca mejor la contracción muscular en el sujeto sano, inútil es que cavilen los patólogos para aclarar la patogenia de las neurosis espasmódicas. Yo, como clínico, sólo haré notar que *en E. V. el movimiento era mayor cuando estaba emocionada.*

Pronóstico.—Con decir que es incurable y que su marcha es

crónica, creen terminada su misión al llegar á este capitulo los autores. Así se deja en el ánimo del lector una convicción desconsoladora: la de que la ciencia es impotente contra el myriachit. No es cierto. El tratamiento es largo, y requiere paciencia por parte del médico y del enfermo. Pero la curación se logra en un plazo que varía entre seis meses y un año. Esta enferma no la traté yo, sino mi padre (mi maestro en la ciencia y en la vida); pero habiendo tenido mucho interés en su estudio, por ser una enfermedad tan rara, puedo referir los detalles del tratamiento. Se usó la sugestión hipnótica casi sólo. La hipnotización fué muy difícil por los movimientos clónicos y la falta de fijeza de la cabeza. No dieron resultado ni la mirada, ni el aparato de espejos rotatorios de Luys, ni la lámpara de magnesio, ni el aparato hipnotizador que él describe en su libro (véase la tercera edición de *El hipnotismo y la sugestión*, Madrid, 1905). La enferma ponía de su parte toda su atención y buena voluntad. Pero no adquiría el grado necesario para la labor sugestiva. Sesiones de tres cuartos de hora y de una hora, agotadoras de las fuerzas del hipnotizador, le convencieron de que había que apelar á recursos extremos si se quería lograr el fin apetecido. Y habiendo tenido ocasión de comprobar su eficacia durante sus estudios experimentales en Valladolid (años de 1887 á 89), decidió la administración del *cloroformo*, para progresivamente ir transformando el sueño clorofórmico en hipnótico. Todo se realizó de la manera pensada. La cantidad necesaria de cloroformo fué cada día menor, hasta obtener un completo sonambulismo con sus caracteres típicos. La sugestión se dirigió á combatir la emotividad, á disminuir los movimientos clónicos, á destruir la ecolalia, la coprolalia y á dulcificar su carácter. Claro es que al mismo tiempo se usó una larga serie de medicamentos, todos ellos dirigidos contra la alteración de la motilidad; pero yo estoy bien convencido de que si no se recurre á la sugestión enérgica, que obraba aquí contra el fondo de la enfermedad, no se hubiera conseguido la curación, sino algún momentáneo alivio. Vea el lector de lo que es capaz la sugestión cuando se usa con fe y perseverancia.

VERSIÓN POR MANIOBRAS INTERNAS

CASO CLÍNICO

POR EL DR. D. JOSÉ SORIANO
Del Instituto Rubio.

Una de las noches más frias del invierno de 1905 se presentó en mi casa un practicante, que fué discípulo mío, con el deseo de hablarme con urgencia. Le hice pasar á mi alcoba, y me expuso en

breves palabras que se trataba de una parturiente que hacía quince ó diez y seis horas estaba de parto, y que una matrona encargada de su asistencia, y su marido, practicante, habían dicho que venía mal, y que no podían asistirla. Entonces habían buscado á mi discípulo, y éste les encargó buscaran un médico, como así lo habían hecho; pero habiéndose negado á ir si no le abonaban previamente cierta cantidad insuperable á sus fuerzas, entre unas cosas y otras, la mujer sufría, y el feto seguramente más, pues, según decía, salía una mano por la vulva, y venía á buscarme con la esperanza de que yo no me negaría á prestarle los auxilios necesarios.

Salimos rápidamente, y llegamos á la calle de Ceres, 7, á casa de un modesto taller de sastre, donde la pobre mujer, acostada en su cama, lanzaba sus gritos de dolor.

Allí me enteré de que se trataba de una multípara, y que siempre había parido bien.

Claro está que ni había agua esterilizada ni materiales de ninguna clase, y fué preciso enfriar agua hervida lo más pronto posible, y enviar por una caja aséptica de obstetricia de las que yo uso, antes de proceder á reconocer por tacto vaginal el estado de las cosas. Entretanto, por el interrogatorio averigüé que la bolsa amniótica se había roto hacía catorce ó quince horas; por inspección supe que la mano procidente era la derecha, y entonces procedí á la palpación y auscultación, procedimientos exploratorios que tanta importancia tienen en obstetricia, y que diferencian al tocólogo del que no lo es, en las provechosas enseñanzas que su metódico empleo proporciona. No es el acto del parto el momento más oportuno para sacar de la palpación abdominal los conocimientos que proporciona, porque las contracciones uterinas la dificultan, y, sobre todo, cuando roto, como en este caso, el amnios desde hacía muchas horas, y derramado casi todo el líquido amniótico, se adaptan las paredes uterinas al feto sin permitir sus movimientos.

La palpación abdominal es verdaderamente admirable en los dos últimos meses del embarazo, y se consigue, cuando de ella se hace un estudio serio y formal, hacer en la mayoría de los casos diagnósticos que asombran. Todo consiste en la educación de las manos exploradoras; y de la misma manera que los ciegos llegan á educar, como todos sabemos, el sentido del tacto hasta un grado sorprendente, así el tocólogo, con sus adiestradas manos, averigua la presentación y posición, conoce la existencia del embarazo de gemelos y se entera del descenso y encajamiento de la parte del feto que se presenta. Pues bien: en nuestro caso, á pesar de las dificultades del momento, se podía comprobar la existencia del ovoide cefálico alojado en la fosa ilíaca izquierda; se apreciaba, con bastante precisión, el otro polo fetal, más abultado y más blando, en el fondo del

útero y al lado derecho, y se podía uno dar cuenta de que el dorso del feto dirigíase hacia adelante, porque de uno á otro polo fetal se extendía una gran superficie lisa, sin la menor impresión de pequeñas partes fetales, que es la que los miembros del feto proporcionan cuando el plano dorsal está dirigido hacia atrás.

Por consiguiente, con estos datos había más que suficiente para saber que se trataba de una presentación de hombro derecho, posición céfalo-ilíaca izquierda, ó sea dorso-anterior.

Uno de los puntos más importantes en las presentaciones de tronco es no sólo el diagnóstico de ella, sino el de la posición; y si el tocólogo no ve en su imaginación la verdadera colocación que el feto tiene, su intervención, indispensable en estos casos, no puede ser segura, sino vacilante; no puede ser racional, sino al azar; no puede ser metódica, sino empírica.

En nuestro caso particular, por las muchas horas transcurridas desde la rotura del amnios, era de temer un gran encajamiento del hombro, esfuerzos inmensos y estériles realizados por el útero con peligro de la vida fetal; y como el signo subjetivo que el interrogatorio suministra acerca de los movimientos activos del feto nunca debe estimarse de valor, el tocólogo debe investigar si es posible estos movimientos como signo objetivo de la mayor importancia, y los que proporciona la auscultación, que no sólo dan cuenta de la vida del feto, sino que ayudan al diagnóstico de presentación y posición que la palpación hace.

El feto de nuestra parturiente no había padecido, gracias á que las contracciones uterinas no eran enérgicas; la palpación no podía apreciar los movimientos fetales, probablemente porque lo impedía el adosamiento de la pared uterina al feto; pero en cambio la auscultación percibía con claridad el doble ruido del corazón fetal, que se realizaba con perfecta regularidad, lo que demostraba, no ya tan sólo que el feto vivía, sino que su existencia no ofrecía peligro alguno y no era urgentísimo practicar la versión por maniobras internas hasta que todo se encontrara en condiciones de poder realizar la operación lo mejor posible. Por lo tanto, podíamos esperar el corto tiempo que tardara en regresar de la botica el que fué con la receta, y entretanto prepararlo todo.

La auscultación vino á ser un dato más para robustecer el diagnóstico, porque hallando el foco de auscultación en la línea que va desde la cicatriz umbilical á la espina ilíaca anterior superior del lado izquierdo, más bien un poco por encima y más cerca del ombligo, y percibiendo estos latidos de una manera muy sonora, indicaban que se transmitían por el plano dorsal del feto, que era el que se hallaba en contacto con la pared abdominal anterior de la madre.

Cuando al poco rato disponíamos ya por lo menos de lo preciso

para poder defendernos de ser causa de una infección, procedimos á una esmeradísima limpieza de los órganos genitales y de nuestras manos y antebrazos antes de la intervención, y reservando el reconocimiento por tacto vaginal para el primer tiempo de la operación, para comprobar ó rectificar el diagnóstico hecho por la palpación é inspección de la mano procidente.

En otros casos de más difícil diagnóstico, en los que por excesiva gordura de la pared abdominal, y en todas las ocasiones en que no se pueda llegar á un diagnóstico bastante seguro hecho por palpación, es preciso hacerlo por tacto vaginal.

Este no puede hacerse cuando el amnios está íntegro; no es tampoco prudente empeñarse en tactar la presentación, por el peligro de romper la bolsa, siendo su integridad muy conveniente para favorecer la dilatación y exponer menos la vida fetal. No puede precisarse el diagnóstico en estos casos, porque no está encajada la presentación, y el dedo que tacta no llega, ó, si lo hace, el feto es rechazado, sin que la mano exploradora perciba sensación de la región que tacta.

Verificada la rotura del amnios, siempre espontáneamente, como hemos dicho, el diagnóstico por tacto vaginal se funda en la exploración del relieve que forman las costillas, para averiguar que es el tronco el que se presenta, y hallar el hueco axilar para saber que en este mismo lado se encuentra la cabeza. Falta ya sólo conocer si el plano dorsal del feto está dirigido hacia atrás ó hacia adelante, y esto se averigua dejando resbalar el dedo á lo largo de las costillas hasta sentir el relieve de las apófisis espinosas de la columna vertebral.

Cuando la mano del feto asoma en la vulva es más sencillo el diagnóstico; pero hay que evitar una causa de error muy digna de tener en cuenta, y es la posibilidad de una presentación de vértice ó de cara con procidencia de una mano para no confundirla con una presentación de tronco.

Nosotros estábamos muy seguros en el diagnóstico; pero, no obstante, pudimos ratificarlo; y una vez anestesiada la parturiente, encontramos fácilmente, siguiendo á lo largo el brazo procidente, la axila á la izquierda y el raquis hacia adelante.

Ya dispuestos á verificar la versión, lo primero que hay que pensar es qué mano de las del tocólogo es la mejor para ir á buscar los pies del feto, y luego cuál de los dos pies es el que dará mejor resultado para las tracciones.

Estos problemas se deben resolver en el acto para hacer la operación á conciencia, porque estudiando al detalle el mecanismo de la versión, esto es, viendo prácticamente en el maniquí la operación hecha con la mano que debe emplearse, y con la que resulta más

difícil, haciendo la evolución del feto, tirando de un pie ó de otro, se comprende las grandísimas ventajas de una elección acertada (1).

Entre las grandes facilidades con que realiza la operación cuando se hace bien, metódica y con reglas, á cuando se hace mal, á ciegas y sin estudio, hay una diferencia que no puede ser descrita; hay que comprobar su exactitud en el maniquí. Además, en ello va casi siempre comprometida la vida del feto.

Han pasado ya los tiempos en que se recomendaba introducir siempre la mano derecha, por ser la más hábil, y en que se decía que se cogiera el pie que más pronto se alcanzara. No; esto es empírico, perjudicial, y ya nadie puede recomendarlo.

Yo tengo que sintetizar, dada la índole de este trabajo, en pocas palabras las reglas prácticas para estos casos, para su mejor recuerdo, ya que no para mejor comprensión.

1.ª regla. En las presentaciones de tronco dorso-anteriores, la mano del tocólogo debe ser la homónima á la del feto.

2.ª regla. El pie que debe cogerse en las dorso-anteriores es también el homónimo al hombro que se presenta.

3.ª regla. En las dorso-posteriores, mano homónima, siguiendo el plano anterior del feto.

4.ª regla. En las dorso-posteriores elegiremos siempre el pie de nombre contrario al hombro que se presenta.

Hemos dicho que anestesiamos á nuestra parturiente, y hay que añadir que se hizo con cloroformo, pero no la anestesia obstétrica ó anestesia á la reina, que con tanta brillantez se hace hoy por todos los tocólogos para el parto normal, no; aquí, como en todos aquellos partos distócicos en que hay que terminarlo por una operación, debe recurrirse á la anestesia quirúrgica, y sobre todo al tratarse de la versión interna, cuando hace ya mucho tiempo que se rompió la bolsa amniótica, y se sabe ó se sospecha un gran encajamiento del hombro, porque ahorra sufrimientos innecesarios y crueles á la mujer, y la relajación muscular que produce la anestesia facilita la operación. Por estas razones, repito, anestesiamos á nuestra parturiente con cloroformo, y practicamos la versión valiéndonos de la mano derecha (homónima), que fué á buscar y encontró con facilidad el pie derecho (también homónimo), verificándose la rotación del feto con gran facilidad, por no estar encajado y por tratarse de un feto no muy desarrollado, pero con perfecta vitalidad.

No es del caso detenerse á señalar los caracteres para distinguir un pie de otro, como suelen hacer los autores, ni la manera como se conoce una de otra mano procidente.

---

(1) Para detalles interesantes sobre el particular, consúltese *Introducción al estudio clínico y á la práctica de los partos*, por Farabeuf y Varnier.

No hay para qué exponer la terminación del parto en las presentaciones de tronco, una vez conseguida la versión podálica, porque todos sabemos que es exactamente igual al que se realiza en las presentaciones de nalgas.

La parida nuestra no tuvo novedad en su puerperio; y como nuestro propósito está cumplido estudiando un caso común de presentación de tronco, para discurrir acerca de la versión por maniobras internas, terminamos con las siguientes conclusiones:

1.ª Se impone en toda embarazada el diagnóstico hecho por palpación y auscultación en los dos últimos meses.

2.ª Es obligación del tocólogo en todos los casos de presentación de tronco y en muchos de presentación de nalgas hacer la versión cefálica por maniobras externas, y la fijación del feto, una vez hecho el diagnóstico y antes del parto.

3.ª Las presentaciones de tronco en el acto del parto no pueden diagnosticarse más que por palpación y auscultación cuando el amnios está íntegro, no debiendo hacer tacto vaginal por no romperlo.

4.ª En estos casos debe también intentarse la versión cefálica por maniobras internas, y, una vez conseguida, impedir al feto recuperar la primitiva posición, bien mediante una faja á propósito, bien rompiendo la bolsa de las aguas.

5.ª Es absolutamente indispensable hacer un diagnóstico exacto de la presentación y posición y de la vitalidad del feto.

6.ª La versión por maniobras internas se impone tan pronto como se diagnostica en el acto del parto una presentación de tronco con membranas rotas.

7.ª No debe hacerse jamás esta operación sin tener en la memoria las cuatro reglas que indican la mano que debe emplear el tocólogo y el pie que debe coger.

8.ª El tocólogo debe siempre rodearse de todas cuantas precauciones asépticas pueda para evitar una infección.

9.ª Es muy conveniente anestesiar á la parturiente para facilitar la operación.

10. Cuando el encajamiento del hombro sea tan grande que haya necesidad de emplear una gran violencia para rechazarlo y buscar los pies, es muy de temer una rotura del útero, y vale más renunciar á la versión y recurrir á la embriotomía si el feto está muerto, ó á la operación cesárea si está vivo.

Agosto de 1907.

TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS HEREDITARIA EN LOS RECIÉN NACIDOS

Por el Dr. D. Sixto Martín

El primer problema que se nos presenta al encontrarnos ante un enfermo de esta naturaleza es el siguiente:

¿Cuándo debe empezarse el tratamiento específico en un hijo de padres sifilíticos? ¿Debe esperarse á que se presenten las lesiones ó síntomas que indiquen que el niño está en plena actividad sifilítica, ó es, por el contrario, conveniente empezar el tratamiento desde los primeros días del nacimiento, sin aguardar á que se presente lesión alguna?

Como estos casos se presentan con relativa frecuencia en la práctica diaria, diré algo de lo que se ha escrito, haciendo sobre todo especial mención de un notable artículo que el Dr. Fouquet publica en uno de los últimos números de *Le Médecin Praticien*.

Existe desde antiguo la costumbre de no tratar á los recién nacidos hijos de padres sifilíticos hasta que presenten lesiones ó accidentes de esta enfermedad. Los trabajos recientes que se han practicado, unido á nuestra experiencia personal, nos han hecho adoptar una conducta algo diferente, tratando estos niños como si fueran sifilíticos desde su nacimiento, con el fin de destruir los espirocetes que pudieran existir en estado de microbismo latente en el organismo, y que no esperan más que una ocasión propicia para pulular y determinar sus consecutivos accidentes. Si se tratan sistemáticamente todos estos niños desde su nacimiento y durante un tiempo suficientemente largo, los casos de heredo-sífilis tardía que se nos presentan, con tanta más frecuencia cuanto mejor vamos conociendo sus manifestaciones, van siendo cada vez más raros, y llegaría entonces la sífilis hereditaria tardía á ser una excepción.

¿Cómo se deben tratar estos niños?

¿A qué preparaciones podemos recurrir?

¿Qué dosis se deben emplear?

Ante todo, es necesario tener en cuenta una cosa, y es que la lactancia del niño debe ser materna, á menos de una imposibilidad absoluta; esta alimentación es la más favorable á su desarrollo y crecimiento, lo que debe tenerse muy en cuenta, sobre todo en estos niños, cuya nutrición está generalmente retardada; al mismo tiempo se evitará el contagio casi seguro de la nodriza que tuviera que darle de mamar.

Otro dato, que no debe olvidarse un momento, es el de tener gran cuidado con pesar al niño muy á menudo, para estar al tanto de las oscilaciones que ocurran y tratar de poner inmediatamente

remedio cuando se observe un gran descenso en dicho peso; es éste un asunto en el cual se debe de insistir constantemente, por la inexplicable resistencia que para efectuarlo se encuentra en las familias y porque nada hay que engañe tanto á la simple vista como estas variaciones en los pesos; de aquí que sólo debemos fiarnos de la balanza, teniendo siempre en cuenta que cuando por este medio observamos que el niño pierde ó por lo menos no gana de peso, puede esto remediarse al principio con relativa facilidad; pero cuando la desnutrición es muy grande y ya de algún tiempo, cuesta gran trabajo volver á regularizar su potencia nutritiva, que es la primera condición que se necesita para encontrarse en condiciones de resistencia contra los accidentes propios de esta edad, agravados por la afección de que nos ocupamos.

Los diferentes medios de mercurialización que nosotros podemos emplear en los recién nacidos son los siguientes:

1.° MERCURIALIZACIÓN INDIRECTA.—Que el mercurio y el yoduro potásico pueden pasar por la leche de la madre al niño, es sabido desde hace mucho tiempo, habiéndose hecho para demostrar esto muchos trabajos y experiencias.

Tudakoroski, Kluicky y otros han obtenido la curación de accidentes sifilíticos sólo por este medio. Otros, en cambio, no han conseguido resultado alguno favorable, pues, como dice Fehling, el paso del mercurio por la leche es muy irregular. Con este motivo Sigalas y Dupony han llegado á la siguiente conclusión: «La mercurialización indirecta del niño es un medio incierto é insuficiente que no debe emplearse más que en casos muy particulares». Se ha ensayado igualmente alimentar al niño con una cabra que había sido sometida anteriormente á las fricciones mercuriales, sin que esto haya tampoco servido para sumar ningún dato favorable á este método.

El yoduro potásico pasa igualmente por la leche. Dado á la dosis de 2,5 gramos, aparece cuatro horas después; esta eliminación es mucho más lenta en el niño. Koplic y Lewi han observado erupciones yódicas en niños cuyas madres habían tomado este medicamento.

2.° MERCURIALIZACIÓN DIRECTA.—Este es el método más corrientemente usado, por el cual puede emplearse el mercurio de diferentes maneras.

Baños.—Los baños de sublimado estuvieron hace bastante tiempo en boga, siendo Diday uno de sus mayores partidarios; en la actualidad ya casi no se usan. Deben ser administrados en un baño de madera, y se empleará una solución de sublimado del 1 por 2.000 al 1 por 5.000 en la siguiente fórmula: Sublimado, de 1 á 5 gramos; agua de Colonia, 50 gramos. Para un baño. Gaucher aconseja añadir una cantidad de cloruro de sodio igual á la de sublimado. Tie-

nen estos baños varios inconvenientes: en el momento del baño hay que tener un gran cuidado con los niños para impedir que se traguen el agua; téngase además presente que su indicación mayor es cuando existen ciertas ulceraciones; pero en cambio cuando éstas son muy extensas es precisamente cuando está más expuesto á sufrir una intoxicación.

Método de Welander.—Este tratamiento consiste en hacer respirar al niño vapores mercuriales, para lo cual se le cuelga del cuello un saquito que contenga una amalgama de magnesio y aluminio mezclado con creta. Este tratamiento ha sido abandonado, por ser imposible dosificar ni aun aproximadamente la cantidad de mercurio introducido en el organismo.

Fricciones.—Es tan útil este método en el niño como en el adulto. Deben emplearse dos gramos diarios de pomada mercurial doble en los miembros después de bien limpios y secados. Desgraciadamente, tampoco con este procedimiento se sabe bien la cantidad de mercurio que se introduce por absorción.

Ingestión.—Se pueden dar en estado sólido ó líquido.

Estado líquido.—El licor de Van Swieten es una solución alcohólica de sublimado al milésimo; se emplea con mucha frecuencia. En los recién nacidos se pueden dar en las veinticuatro horas 40 gotas en dos veces; es decir, 20 gotas cada vez en leche. A la edad de tres meses se puede aumentar la dosis á 60 gotas en tres veces; el período de tratamiento es de unas tres semanas. Tiene esta solución el inconveniente de su gusto desagradable y de los trastornos digestivos á que da lugar. Por esta causa el profesor Gaucher ha sustituído esta solución por otra de lactato mercúrico también al milésimo, con la ventaja de que esta última no tiene casi gusto, es bien tolerada y no produce trastornos gástricos. La dosis es de 45 gotas en las veinticuatro horas, en tres veces. Cada sesión de tratamiento debe durar unas tres semanas.

Estado sólido.—Los polvos grises de mercurio con creta se usaban antiguamente; hoy ya no se emplean más que en Inglaterra, bajo el nombre de *grey powder;* estos polvos no son más que una mezcla de mercurio metálico y creta pulverizada en una proporción de 33 por 100 de mercurio y 67 por 100 de creta. Variot lo ha usado en Francia con buenos resultados; la fórmula que emplea es la siguiente: Mercurio con creta, 2 á 3 centigramos; azúcar de leche, 3 centigramos. Para un papel. Se da un papel de éstos al día en leche; se continúa lo mismo durante quince días; luego ocho de descanso, y vuelta á la medicación.

Inyecciones.—Es el mejor medio de tratamiento. Se pueden emplear las sales solubles ó las insolubles; cada una de éstas tiene sus partidarios.

Sales insolubles.—Smirnoff, Moncorvo y Fereira emplean los calomelanos á la dosis de 2 á 3 centigramos cada ocho días. Levy-Bing da la preferencia al aceite gris á la dosis de 1 á 3 centigramos en inyecciones intramusculares.

Sales solubles.—Los preparados más usados son el benzoato, el biioduro y el sublimado.

El benzoato está recomendado por Fedtchenko después de 1.300 inyecciones en 200 niños de seis días á nueve años; emplea la siguiente fórmula:

Benzoato de mercurio.....	15 centigramos.
Cloruro de sodio.....	15 »
Glicerina.....	15 gramos.
Agua destilada.....	15 »

Inyecta 1 miligramo de la sal cada tres días, ó sea dos divisiones de la jeringa de Pravaz.

El biioduro lo utilizan muchos autores, también á la dosis de 1 miligramo, en sesiones de 10 á 15 inyecciones, una por día:

Biioduro de mercurio.....	5 centigramos.
Ioduro de sodio.....	5 »
Agua destilada.....	10 c. c.

Una jeringa de Pravaz con 20 divisiones contiene 5 miligramos de mercurio (biioduro); se inyectarán cuatro divisiones, que son 1 miligramo.

El sublimado ha sido sobre todo preconizado por Imerwol de Jassy en la fórmula siguiente:

Bicloruro de mercurio.....	50 centigramos.
Cloruro de sodio.....	50 »
Agua destilada esterilizada..	10 c. c.

Cada centímetro cúbico contiene 5 centigramos de sublimado; cada división de la jeringa de Pravaz, 5 miligramos. Inyecta las dosis siguientes, según la edad:

De uno á tres meses.....	2 á 4 miligramos.
De tres meses á un año....	5 á 10 »
A un año.....	10 á 15 »
A los dos años.....	15 á 20 »
A los tres años.....	20 á 25 »

Una inyección cada ocho días; en los casos graves, cada cinco días.

Ioduro potásico.—Los niños lo toleran bien. Se les puede administrar á la dosis de 20 á 50 centigramos por día, ya en un poco de leche ó ya en supositorios.

SECCIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA EN LOS NIÑOS

POR EL DR. D. JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.—Médico de consulta en la «Gota de Leche», de Madrid.

En el espacio de pocos meses he leído con el mayor placer en la notabilísima Revista de Pediatría española titulada de *Medicina de los Niños*, de Barcelona, fundada y dirigida por mi distinguido y bondadoso amigo el Dr. Martínez Vargas, ilustre profesor de aquella Facultad de Medicina, dos trabajos muy bien razonados y que revelan el espíritu práctico que poseen sus autores, relativos á demostrar las ventajas de los medios que ellos proponen para practicar esta operación.

Pudiera parecer á primera vista que el asunto es de escasa importancia práctica, y no es así, por cuanto los distinguidos profesores que de él se ocupan demuestran cuanto de útil tiene el perfeccionamiento de los medios para practicar esta operación y las ventajas de ser sencillas, para que no sea motivo de preocupación para algunos médicos que se detienen ante el temor de las complicaciones de su práctica.

Es mi objeto proponer un medio fácil de llevarla á efecto con apreciables ventajas, porque aleja en todo caso la necesidad del uso de instrumental y el temor de probabilidades á complicaciones.

Desde el primer punto de vista se ve el médico libre del recelo y miedo de las madres, que se aterran ante la idea de una operación, por pequeña que sea, y en presencia de instrumentos, por poco peligrosos que resulten en manos expertas. Además, casi todas las madres han oído hablar alguna vez de operaciones de sección del frenillo que determinaron hemorragias y molestias, que las hacen recelosas ante toda intervención cruenta y aparatosa. Por estos conceptos tiene ventajas cualquier procedimiento hecho á ciegas, sin instrumental y con resultados positivos. A esto responde el procedimiento que yo uso.

No he de tratar aquí la cuestión de la mayor ó menor frecuencia del frenillo de la lengua y las dificultades que su existencia ofrece para el fácil fisiologismo de la succión.

Existen con más frecuencia de lo que se cree, y molesta evidentemente al niño que la padece. Apelo al testimonio de los que, por docenas, he operado en el *Primer Consultorio de niños de pecho* en esta Corte.

Creo que es operación de fácil práctica y que no necesita grandes elementos para ejecutarla.

Buscar en aparatos más ó menos ingeniosos, destinados á sujetar

la lengua y á seccionar con seguridad de no herir vasos sanguíneos que nos comprometan por la hemorragia, es, á mi juicio, desgastar el ingenio en reforma de instrumental, siempre aterrador para la madre del enfermito y comprometedor cuando no se puede regular la dirección del corte ni asegurar el sitio donde éste debe practicarse.

Encuentro tan ingenioso el protector Martínez Vargas, como así le llama su autor el Dr. Bas, de Cartagena, como práctico el procedimiento descrito por el Dr. Saborit para elevar y sujetar con el dedo índice izquierdo la lengua del niño, aboliéndola los movimientos de arriba abajo, qne son los que dificultan la maniobra para hacer la sección con tijeras en sitio adecuado, á fin de evitar la hemorragia de las arterias raninas.

Todo cuanto contribuya á facilitar esta pequeña operación creo que es de utilidad, y no resultan, á mi juicio, ridículos, aunque sean de escasa importancia, estos bocetos clínicos.

A nuestras consultas asisten un buen número de niños cuyas madres solicitan la sección del frenillo de la lengua, porque el profesor que les asiste la envía con ese objeto. No pienso que impericia ó temor de la práctica de esta operación sea el motivo de semejante recomendación; pero por lo menos acusa negligencia para practicar tan sencilla operación, cuyo abandono á veces no reconoce otra causa que el temor á las complicaciones de que hablan los operadores, y que no tienen razón de ser cuando para la práctica se emplea un procedimiento rápido, incruento y sencillo.

Todos cuantos de este asunto se han ocupado guían sus esfuerzos para alcanzar aquellas condiciones, sobre la invención de aparatos que eleven y sostengan la lengua del niño y aquellos cuya sección resulte más eficaz si evita la sección de los vasos raninos.

El procedimiento sencillo, rápido y eficaz que yo empleo consiste en la sección *avulsivamente* del frenillo por medio del dedo índice.

Muchos son los casos operados en esta forma, y jamás hemos tenido que lamentar complicación alguna de momento (hemorragias), ni posteriormente á la operación (infecciones, etc.).

La condición de aparato elevador de la lengua y de sector del frenillo, la reúne en grado ventajoso el dedo índice colocado en posición conveniente y funcionando para desgarrar la inserción inferior del frenillo.

El modo de operar es el siguiente: colocado el niño enfrente del operador, se lleva la mano derecha sobre su cara y se introduce el dedo índice en la boca, debajo de la lengua, al mismo tiempo que se la sujeta con los dedos pulgar de un lado y los tres restantes de otro, apoyados sobre el maxilar inferior. El dedo colocado debajo de la lengua nos sirve por el tacto para conocer las condiciones del frenillo, si es carnoso ó fibrilar, y cuáles son sus puntos de inserción en

la lengua por arriba y en la mucosa de la base de la boca por abajo. Una vez orientados por el tacto, que falla menos que la vista, se procede á la sección, que se logra imprimiendo movimientos de avance de adelante á atrás y de abajo á arriba sobre el punto de inserción inferior del frenillo, y así, como si fuéramos á separar tejidos con la yema del dedo, se rompe la mucosa, notándose una sensación pequeña de desgarradura que nos indica que el frenillo está seccionado. Una gota de sangre, jamás gran hemorragia, nos revela, además de aquella sensación, que la operación se ha verificado.

No es posible por este medio avulsivo seccionar las raninas, y la hemostasia es completa, como lo es en toda herida avulsiva.

En vano pretenderemos seccionar el frenillo por su parte media, porque todo esfuerzo es inútil, dada la flexibilidad del mismo.

Podrán parecer estas líneas tiempo inútil dedicado á un asunto de poca importancia quirúrgica; pero como muchas veces sucede que lo más trivial suele ser lo más difícil de ejecutar, y además con frecuencia se ve olvidado por su poca importancia, no está de más volver sobre un asunto del que se ocupan con indiferencia casi todos los clínicos, que no se han molestado en perfeccionar los procedimientos tradicionales para su resolución.

Creo, pues, con fundamento, que el sencillo procedimiento de sección del frenillo de la lengua, que acabo de describir y procurar su justificación, debe ser elegido en todos los casos por su sencillez en la ejecución, eficacia en los resultados y libre de las complicaciones que sin motivo han preocupado á los operadores de esta deformidad de la mucosa de la lengua, llamada en general *frenillo.*

Por eso me parece disculpable la publicación de estas líneas, cuya lectura espero sea de alguna utilidad.

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

FUNDAMENTOS DE LA ETERTERAPIA

POR EL DR. CAMILO CALLEJA

I.—Noción del éter y de las energías etéreas.

El calor, la luz, los rayos X, la radiactividad y el sonido deben tratarse bajo el título de *eterterapia*, separando dichas energías de los medios mecánicos, como los aparatos para ejercicios corpóreos, la gimnástica y el masaje.

La constitución de la eterterapia se funda en que tiene: 1.°, *principio* propio, que es el éter de los físicos; 2.°, *método* peculiar de investigación y enseñanza, porque las energías etéreas son invisibles en sus movimientos é imponderables en sus cambios; y 3.°, *objeto* ó fin especial terapéutico, por las grandes analogías que existen entre los diversos remedios etéreos (eteracos).

Cuando digamos «éter» á secas (esto es, sin apellido) no nos referimos á ningún éter químico ó corpóreo, sino al éter de los físicos, que le consideramos incorpóreo por ser imponderable y que produce con sus diferentes movimientos los fenómenos eléctricos, radiantes y sonoros.

Esta materia ultrafluida es inerte como la materia, carece de propiedades inherentes y de fuerzas primordiales, transmite los movimientos conservando la energía, y por tanto no admitiremos en el éter elasticidad propia ni atracciones á distancia. El movimiento no nace ni muere nunca; no hace más que transmitirse formando dos círculos que vienen á cerrarse en los seres vivientes, los cuales con sus movimientos nutritivos son el origen y el término de la circulación de la materia; es decir, son el corazón del cosmos.

Hay dos circulaciones cósmicas: la una intraplanetaria y la otra interestelar. En la primera, ó pequeña circulación, entran en juego los cuerpos constitutivos de los organismos con su éter correspondiente; mientras que la segunda circulación, ó ultraatmosférica, solamente se efectúa con el ultrafluido. El éter por los espacios celestes determina, con sus presiones, los movimientos de los astros y la gravedad terrestre. Todos los espacios no ocupados por los átomos, lo mismo los interestelares que los interatómicos, están llenos de éter. Esta sustancia ubicuitaria y ultrafluida no es atómica como los cuerpos químicamente analizables, y de aquí nace la característica

del éter, que es la transmisión instantánea de los movimientos á través de distancias inmensas. Esto es debido á que en el éter se puede realizar la incompresibilidad de la materia en absoluto, como si fuese un líquido perfecto (el cual no existe). Ser una cosa incompresible es lo mismo que ser impenetrable ó extensa, lo cual quiere decir que es materia.

*
* *

Los movimientos del éter (lo mismo que los movimientos corpóreos) resultan en último término de los desequilibrios entre fuerzas que siempre actúan por presión; pero hay diferencias fenomenales, según la dirección de los empujes, los cuales pueden ser aspirantes, impelentes y de vaivén. De igual modo que actúa una bomba aspirante por medio de la presión atmosférica que empuja el agua hacia el interior de la bomba, donde se ha hecho el vacío, el éter fluirá en forma convergente hacia donde haya menor presión, por ser empujado desde los puntos más próximos en que la presión sea mayor. De este modo se producen las corrientes eléctricas y todas las «atracciones» entre los cuerpos y entre los átomos. Según esto, «atracción» significa en realidad *a-tracción* (ó sea sin tracción); es decir, movimientos en los que se aproximan dos objetos sin que haya nada que tire del uno hacia el otro ni les empuje ninguna fuerza ponderable. En tales casos los empujes imponderables ó etéreos determinan la aproximación ó «*a*tracción». Por lo contrario: el éter se escapará en forma divergente, como sale el agua de una bomba impelente, desde los puntos en que la presión sea mayor hacia los alrededores donde haya menor presión. De este modo se producen los poderes radiantes, como la luz, los rayos X y la radiactividad. También el calor es un movimiento divergente y se le puede concebir bien si armamos la manga de salida de una bomba con una esfera hueca y agujereada como un hisopo; al impeler el agua, la que sale por los agujerillos representa la luz, realizándose con esto ni más ni menos lo que sucede con el escape de éter en las bombillas eléctricas al convertirse la electricidad en luz. Ahora bien: imaginemos lo que sucede con el agua en el interior de dicha esfera agujereada: al chocar contra los puntos de la pared donde no hay agujeros se produce un torbellino que haría estallar aquella esfera si no fuese por la presión de la gravedad.

Esto mismo es lo que sucede con el éter en los espacios interatómicos de los cuerpos, ó sean las poróculas; se mueve formando torbellinos diastólicos, constituyendo el calor. Por ejemplo, en un cuerpo incandescente una parte del éter se escapa irradiándose como luz y rayos ultraluminosos, mientras que la mayor parte del éter no puede escaparse de las poróculas por impedírselo los átomos, y cho-

cando contra ellos produce el calor. Entre las radiaciones etéreas, además de la luz tenemos rayos caloríficos, rayos químicos, y también son ultraluminosos los rayos X y la radiactividad. Los poderes radiantes no se diferencian entre sí más que en la amplitud y en la periodicidad ó número de empujes etéreos. Así los rayos X se diferencian de la luz únicamente porque aquéllos son menores en amplitud y mayores en periodicidad; por esta razón pueden penetrar más en el interior de muchos tejidos del organismo y atravesar otros cuerpos.

El sonido es una energía etérea convergente y divergente, capaz de ejercer acciones medicinales; pero apenas le usamos, y por esto no haremos de él referencia alguna.

En fin, las transmisiones nerviosas se verifican también por el éter, y no por medio de un fluido especial. El supuesto fluido nervioso es puramente el mismo éter, que transmite las energías eléctricas, luminosas, ultraluminosas y el sonido. Pero hay que tener en cuenta que los tejidos nerviosos no son simples conductores como los alambres de cobre, sino que cada célula es un aparato interruptor y translador á la vez que conductor, y de aquí la relativa lentitud de las transmisiones nerviosas en comparación con la marcha casi instantánea de las corrientes eléctricas por los hilos metálicos.

II.—Acciones terapéuticas del éter en general.

Los efectos de los eteracos sobre la naturaleza humana hay que estudiarlos: 1.°, sobre los *mesos* patógenos ó medios nocivos, que se llaman también noxas ó cacomesos, y que son las causas de enfermedad; y 2.°, sobre los *citos* ó células, y los elementos anatómicos que de ellas se derivan, los cuales, por su reunión, constituyen el organismo humano.

Al aplicar en la clínica los eteracos, hemos de tener muy presentes dos cosas: 1.ª, que es muy fácil la conversión de una energía en otra, incluyendo las transmisiones nerviosas; y 2.ª, que el éter, bajo todas sus formas, puede determinar en los seres vivientes, lo mismo que fuera de ellos, metamorfosis químicas, puesto que éstas resultan de la síntesis de los fenómenos etéreos, siendo la afinidad nada más que una resultante de las fuerzas físicas, y no una fuerza distinta de ellas. Para producir estos cambios de una fuerza física en otra, ó de acciones físicas en químicas, en terapéutica, lo mismo que en las industrias, se aprovecha la electricidad mucho más que las otras energías; pero también los poderes radiantes se utilizan muchas veces.

El empleo del éter en terapéutica se funda principalmente en que hay microbios causantes de enfermedades que ofrecen menos resistencia vital que nuestro organismo á la acción de ciertas for-

mas de energía etérea, y también en que los tejidos más ó menos degenerados de nuestro cuerpo por los procesos morbosos, suelen destruirse más fácilmente por medio de las energías etéreas que los tejidos sanos. Además, el éter es uno de nuestros elementos constitutivos, y, por consiguiente, es como remedio, estímulo indispensable para el sostenimiento de nuestra vida. De esto resulta que los eteracos pueden llenar las tres clases de indicaciones, á saber: *a*) antisépticas (las cuales son anticausales); *b*) sustitutivas (ó patogénicas); y *c*) eubiósicas (ó estimulantes).

A. *Acciones antisépticas de los eteracos.* — El calor, la luz, los rayos fototérmicos, como los del sol, los rayos X y el radio y sus sucedáneos, son (en los grados que puede nuestro cuerpo resistirlos) bactericidas, y más aún antiproliferantes microbianos, atacando sobre todo á los gérmenes patógenos más comunes, como son los tuberculosos y los micrococos piógenos. No se ha comprobado la eficacia de la electricidad como antiséptica, si bien recientemente las experiencias parece que están dando resultados halagüeños con las corrientes de alta tensión y frecuencia, presuponiendo que, aunque no ocasionan ningún desorden en nuestro organismo, pueden comprometer la vida de algunas bacterias.

Actualmente se hacen experiencias con los rayos X contra los tripanosomas.

B. *Acciones sustitutivas de los eteracos.*—Se aplican para reemplazar los malos efectos morbosos (cacosis). Con este fin se utilizan las acciones etéreas en sus tres grados: 1.°, acciones reversivas (diadosis), como las que se producen con las corrientes inducidas y los baños calientes; 2.°, acciones metamórficas resolutivas (eulisis), como las que se obtienen con la electrolisis y los rayos X, al disolver gradualmente tejidos degenerados; y 3.°, acciones inmediatamente destructivas (dialisis), como las que se determinan con el termo-cauterio y los galvano-cáusticos. Las acciones del primer grado se vienen ya hace tiempo utilizando, principalmente para corregir paresias, neuralgia y para sostener la contractilidad ó prolongar la vida neuromuscular en las afecciones paralíticas. La novedad terapéutica está en la aplicación de los eteracos, bajo las formas de la electrolisis, del termo, de la luz de Finsen, de los rayos X y de la radiactividad, para disolver, reabsorber y cicatrizar lesiones más ó menos accesibles á las manos, sobre todo cuando se hallan en la piel, los lupus y neoplasis inclusive. Los procedimientos etéreos son, en muchos de estos casos, preferibles á los quirúrgicos, aunque no les aventajen en los resultados definitivos, puesto que de ningún modo se libra de la reproducción de las formaciones malignas. También se están ensayando los eteracos para resolver afecciones más profundas y más generalizadas, á saber: los rayos X contra las tu-

moraciones ganglionares, aunque sean leucémicas, y las corrientes de alta tensión y frecuencia contra la arterioesclerosis. Este último tratamiento ha hecho recientemente mucho ruido, sin más razón que la de que con él se rebajan las hipertensiones sanguíneas, sin haberse demostrado mejoramiento alguno en las lesiones vasculares.

C. *Acciones eubiósicas de los eteracos.*—Estos medios, empleados con mesurada intensidad, pueden favorecer directamente la reacción vital (biosis); pero aquí está la mayor dificultad en la práctica de la Medicina: *cómo* y *cuándo* necesita el arte médica ayudar la reacción vital. Esta puede ser deficiente: 1.°, en lo anímico, como en los histerismos; 2.°, en el estado general, como en las anemias; y 3.°, en el estado de algún órgano, como en las atonías idiopáticas localizadas (paresias, por ejemplo). Los casos del segundo y tercer orden son ambos dinámicos, y los del primer orden son psíquicos. Las energías etéreas, sobre todo las aplicaciones eléctricas, son grandes medios para la sugestión vigilante y activa ó armada; pero en estos, como en los demás recursos sugestivos, hay poca seguridad en los resultados, influyendo notablemente la personalidad del médico. También el médico necesita gran experiencia para manejar la electricidad, porque se carece de reglas galvano-métricas precisas. Además, no hay que echar en el olvido que los efectos de la electricidad sobre el organismo se deben á la excitación privativa que provoca la fuga del éter hacia el reóforo positivo ó hacia cualquier otro cuerpo electrizado, pues la electricidad quita ultrafluido; no le da, como suele creerse. Por tanto, hay que tener mucha prudencia en el uso de las aplicaciones generales de la electricidad, y no extralimitarse determinando una escasez etérea en la naturaleza del enfermo que sea perjudicial.

Cuando hay adinamia en los enfermos, se puede provocar la reacción general: 1.°, con el calor ó con el frío, sobre todo en forma de hidroterapia; 2.°, con la luz y el calor en forma de baños de sol y de baños de luz; y 3.°, con la electricidad en forma de baños eléctricos, de galvanización, faradización, arsonvalización, polaquización y franklinización. Las recientes investigaciones con las corrientes de alta tensión y frecuencia inducen á creer que pueden acelerar las reacciones nutritivas, aumentando la eliminación del anhidrido carbónico y la absorción de oxígeno, lo cual implica mayor actividad de la respiración, de la circulación, de la termogénesis, y, por consiguiente, un incremento de las fuerzas orgánicas del individuo.

Fáltanos sólo consignar que se usan todas las energías etéreas como reaccionantes tópicos en subinvoluciones como en dermatosis atónicas, infartos y degeneraciones locales. Con este objeto se aplica principalmente el calor y la electricidad; también se han comen-

zado á utilizar, hace ya algunos años, la luz, los rayos X, el radio, etcétera. Se consigue con estos medios activar la resolución de muchos procesos localizados atónicos; pero suele ser imposible valorar la parte de beneficio que corresponde á la acción eubiósica, porque en general, y particularmente tratándose de afecciones tuberculosas y microcócicas, los eteracos producen á la vez las acciones bacteriana y sustitutiva (eulisis y dialisis).

En resolución, la eterterapia debe separarse de la mecanoterapia, reemplazando con estas dos ramas á la fisicoterapia ó fisioterapia, porque cada una de aquéllas por sí sola se presta mejor que su unión á consideraciones generales sobre sus elementos científicos constitutivos (principio, método y objeto). La eterterapia se halla en estado naciente en todas sus partes, y principalmente en las generalidades, tanto en el estudio de sus acciones sobre el organismo (acodinamia) como en el de sus indicaciones (eterendixis). En la técnica de las aplicaciones de los eteracos se progresa extraordinariamente, mas esto difiere para cada forma de energía etérea (electricidad, calor, luz, rayos X, radiactividad), y, por consiguiente, es motivo para componer tratados especiales de electroterapia, termoterapia, fototerapia y radioterapia.

El éter pertenece á los medios sintéticos cuando se le aplica contra las tuberculosis y las micrococias, ya se hallen estas infecciones generalizadas ó ya estén localizadas, actuando en tales casos á la vez como anticausales, patogénicos y eubiósicos. La luz Finsen, los rayos X y la radiactividad únicamente pueden ejercer acciones tópicas; sin embargo, son entre los eteracos los que nos proporcionan más eficaces resultados, siendo bien patentes en el tratamiento de los lupus y las neoplasias, por más que en estas últimas no sepamos cómo actúan los poderes radiantes, ni tampoco logremos en los tumores malignos curaciones definitivas. Los eteracos llegarán á ser el mejor complemento de la higiene en el tratamiento de las esclerosis generalizadas (de las arterioesclerosis, por ejemplo), y por sí solos son el mejor recurso para provocar ó activar la disolución de las degeneraciones localizadas idiopáticas, como sucede con la electrolisis para combatir las formaciones fibrosas. En tales casos, son preferibles los eteracos á los fármacos, porque con aquéllos, no extralimitándose demasiado, no nos exponemos tanto á dañar, sino al contrario, estimularemos además la reacción vital (eubiosis), con lo cual se llenan, á la vez que las indicaciones patogénicas contra las alteraciones morbosas (ó cacosis), las indicaciones eubiósicas para favorecer las reacciones medicatrices.

Finalmente, se usan los eteracos para satisfacer indicaciones vitales, para ejercer los demás efectos puramente eubiósicos estimulantes, como por ejemplo, cuando se aplica la electricidad en las

muertes aparentes ó en inminentes peligros de asfixia por el cloroformo ó por sumersión en el agua, en los colapsos ó adinamias y en las atonías organopáticas. Es lástima que no se generalice más la eterterapia para reemplazar con ella muy ventajosamente á la farmacoterapia sintomática, de la que tanto viene abusándose; y por estas razones debieran los eteracos entrar más en el dominio común de la Medicina.

DETERMINACIÓN DE LAS MANCHAS DE SANGRE VISIBLES Ó INVISIBLES SOBRE LAS ARMAS

Conferencia dada en el Instituto de Medicina legal de la Universidad de Lyon

POR EL PROFESOR A. FLORENCE

Traducción, con una nota,

POR A. LECHA-MARZO

Interno de la Facultad de Medicina de Valladolid.

Señores: Creo que no es un problema muy difícil en Medicina legal la determinación de una mancha sobre un arma; no sé, en todo caso, que sea de naturaleza para comprometer la reputación de un perito y su tranquilidad. Cuando un puñal ha servido para perpetrar un crimen, no lleva en la mayoría de los casos más que indicios de sangre, enjugada tanto en los labios de la herida como en los vestidos de la víctima. Las manchas son muy visibles sobre el pulido del metal, que empañan; presentan con frecuencia y perfectamente el aspecto de sangre; es evidentemente sangre para el juez de instrucción, para todos, para el perito mismo; pero es preciso probarlo, demostrarlo científicamente; este es el punto crítico para el perito: no se recurre á él más que para esto. La cantidad de sangre que parece á todos tan aparente, tan evidente, es, en realidad, tan pequeña, que todos los procedimientos clásicos frustran al intento. Por otra parte, hay manchas de herrumbre que semejan con tal perfección manchas de sangre, que, aun con la lente, á pesar de una práctica de más de veinte años, no he conseguido distinguirlas; dan hasta la ilusión de pequeñas costras de sangre rutilante desecada; dan admirablemente la reacción de Van Deen como toda molécula férrica; contienen nitrógeno; dan amoníaco por la potasa como las verdaderas manchas de sangre, y exhalan del mismo modo, por calcinación con la sosa, débil olor á cuerno quemado. Hay más: cuando la sangre está en contacto con el hierro ó el acero, se produce entre ellos una acción química; la sangre, agente eminente de oxidación, vector de oxígeno—esta es su función,—provoca rápidamente la formación de un poco de herrumbre, agente oxidante del mismo modo

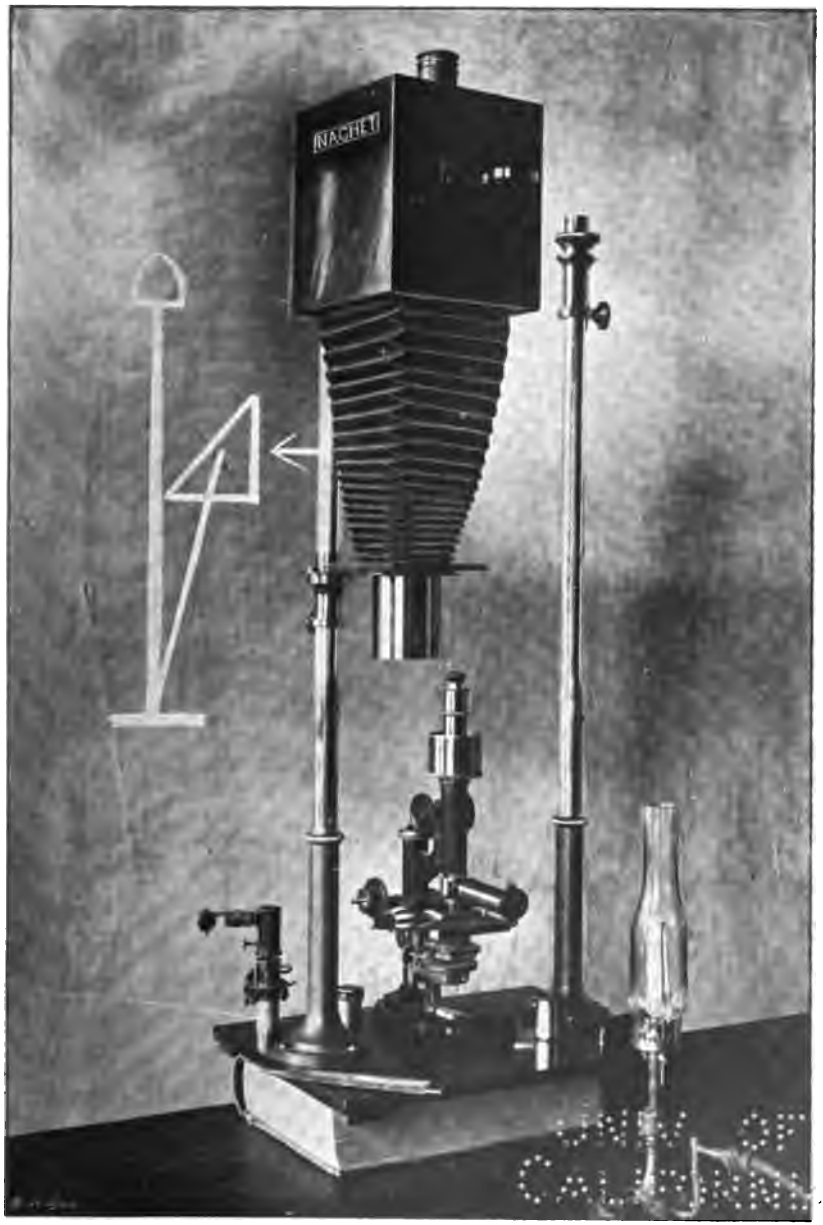
que la oxihemoglobina—son moléculas férricas uno y otra,—y se produce entre los dos un cambio de oxígeno, favorecido, creo yo, por acciones eléctricas. Y en algunos días la sangre está destruída, quemada, sin que el aspecto exterior de la mancha haya sensiblemente cambiado. Con frecuencia, como veis en estas manchas, la superficie está empañada, grisácea; la mancha, aunque su aspecto no esté modificado, no es soluble en el agua; si se la raspa, se obtiene un polvo gris, que se deja embeber difícilmente, pues no cede absolutamente nada al agua, y no puede dar ninguna de las reacciones positivas de la sangre. Esta transformación ha sido objeto de numerosos reconocimientos; se admite hoy, desde las investigaciones de Lewin y sus discípulos, que en cuatro ó en ocho días la transformación de la mancha puede ser tal, que no sea posible obtener la prueba de la sangre. Se admite desde hace bastante tiempo que se forma una combinación insoluble de sangre y de herrumbre. Rose ha emitido el primero esta opinión, que es hoy generalmente aceptada; pero yo creo que el herrumbre ha simplemente quemado la sangre en totalidad ó en parte. Sin embargo, es preciso saber que en la práctica se puede con frecuencia encontrar en distintos sitios partes de manchas más espesas ó mejor protegidas, que resisten largo tiempo, meses y aun años, como he podido observar en las armas del Museo Lacassagne.

Para haceros comprender la situación crítica de un perito en estas ocasiones, podría citaros numerosos casos. Cuando Casserio agredió al presidente Carnot, se sostuvo un instante sobre el estribo del carruaje sin que se apoderaran de él; su acto había pasado desapercibido en el primer momento, no sólo á las personas que iban en el carruaje, sino al presidente mismo. Casserio, asombrado, trató entonces de huir, corriendo entre las dos filas de espectadores. Esto fué lo que le perdió; pues si hubiera penetrado entre la multitud que rodeaba el carruaje, habría sin duda alguna escapado; ó si hubiera sido cogido, no tendría más que su puñal para acusarle, puesto que ninguna persona le había visto. La demostración de la sangre era indispensable; pero la cantidad tan pequeña, como veis por esta fotografía, y tan borrada por los vestidos, que hubiera sido imposible obtener entonces algún signo de certidumbre cualquiera; además, la sangre se había transformado durante los días que transcurrieron entre el crimen y la investigación. Entre estas dos cosas hay, en efecto, una serie indispensable de formalidades: embargo del arma, nombramiento del juez de instrucción, proceso verbal, escribano, nombramiento y prestación del juramento del perito, etc. En este caso, cuando el puñal de Casserio llegó al laboratorio de M. Lacassagne, que tuvo por misión reconocer no sólo la sangre, sino si el puñal había sido previamente envenenado, nosotros nos

UNIV. OF CALIFORNIA

PUÑAL DE CASSERIO, CON DÉBILES ESTRÍAS DE SANGRE DEL PRESIDENTE CARNOT

(Fotografía obtenida por el profesor Florence en el Laboratorio de Medicina legal de la Facultad de Lyon, poco después del crimen.)



APARATO DE ILUMINACIÓN INTERNA: EXAMEN DE UN ARMA

UNIV. OF
CALIFORNIA

pudimos convencer de que la sangre en indicios tan pequeños era ya completamente insoluble en el agua. Así, á pesar de las apariencias, á pesar de la evidencia misma, la prueba científica, indispensable al tribunal, de la sangre sobre el puñal, era imposible. ¡Qué situación tan angustiosa para un perito! ¿No tengo razón al deciros que en ningún caso nuestra reputación está más comprometida que en estas delicadas determinaciones?

No puedo, señores, en los instantes muy cortos que me han sido concedidos, pasar revista con vosotros á todas las tentativas que se han hecho en este asunto desde hace veinte años, ni los trabajos á los cuales han dado lugar. No hay, yo creo, laboratorio en Europa donde esta cuestión no haya sido abordada. Me contentaré con recordaros los principales procedimientos que han sido aconsejados unos tras de otros, y os los colocaré en tres grupos.

El primero contiene aquellos que tienen por objeto encontrar un disolvente apropiado para disolver los pigmentos de la sangre, ó, si vosotros queréis, la llamada combinación de la oxihemoglobina con el óxido férrico; son éstos las soluciones á distinta concentración, de sosa, de potasa, conteniendo hasta un 20 por 100; el cloral, más ó menos concentrado; la formalina; la formalina en solución alcohólica, con ó sin cloral; el acetato de potasio en solución acuosa ó en solución alcohólica; el licor de Kayserlin (formalina, acetato de potasa y nitrato de potasa); el cianuro de potasio, propuesto por Hoffmann, y que da efectivamente buenos resultados; el alcohol acidulado por el ácido sulfúrico; y en fin y sobre todo, el amoníaco, propuesto por primera vez por M. Cazeneuve, que lo empleaba habitualmente en su laboratorio cuando yo fuí agregado como jefe de trabajos. Por otra parte, yo lo he indicado en mi tesis (pág. 91), y sin embargo, el empleo del amoníaco ha sido no sé cuántas veces reinventado en estos últimos años en Italia y Alemania bastante ruidosamente. Es el disolvente más aconsejable, porque la solución obtenida es apta para todas las pruebas de la sangre; y cuando no sirve, es que la sangre está destruída, irremisiblemente destruída, y es superfluo ensayar otro disolvente.

En el segundo grupo colocaré los reactivos hechura Van Deen, es decir, los que utilizan la función oxidásica de la sangre para provocar una reacción. En este orden se han propuesto diversas modificaciones, generalmente muy desgraciadas, en el empleo del guayaco y la esencia de trementina activa; pero sobre todo se han propuesto otras con la pretensión de ser más sensibles (?), más netas (?) ó más específicas (?) que la reacción primitiva: éstas son el agua oxigenada (desde 1895), el ácido guayacónico, la bencidina, la hidracina, la fenolftaleína reducida por el zinc (llamada fenolftalina), el áloes ó mejor la barbaloína en la solución de cloral, el procedi-

miento Vitali, la leucomalaquita, siempre con el agua oxigenada, etc.

Los autores de estos procedimientos han olvidado, sin duda, que la sangre acciona de esta manera menos por su oxidasa que por su molécula férrica; que las sales de hierro en máximum y, en general, que todos los peróxidos metálicos dan estas reacciones; que las cenizas de sangre calcinada la dan también, porque contienen hierro en máximum; y desde luego que todas estas reacciones, *en presencia del herrumbre*, son vanas y peligrosas.

En una tercera categoría agruparé las reacciones que llamaremos voluntarios *reacciones de desesperación*, como la transformación de la sangre (más exactamente, de la materia albuminoide) en cianuro, después en ferricianuro, por calcinación con la potasa; su transformación *in situ* en hematoporfirina, que se pretende en seguida fotografiar á través de pantallas coloreadas por este pigmento; el reconocimiento del fósforo (en la sangre de los pájaros y de los peces); la acción de la piridina, etc., etc.

No os diré nada más que las tentativas hechas por mí mismo, especialmente sobre la aplicación de la espectroscopia da la sangre al estado sólido después de haber pasado á hemocromógeno, ó el examen directo de la mancha por concentración en un mismo punto de la luz emitida por toda su superficie, etc., etc. En resumen, creo se puede deducir del conjunto de todos estos reconocimientos que, mientras hay sangre no quemada por el orín, el amoníaco diluído en su volumen de agua puede disolverla, y las pruebas de certidumbre de la sangre ser posibles, ya por la preparación de los cristales de hemina, ya mucho más fácil y seguramente por el espectro del hemocromógeno al estado sólido. Y por otra parte, mientras el amoníaco puede disolver alguna cosa, se puede llegar por simple raspado de las manchas á obtener directamente de su polvo, sin disolución previa, cristales de hemina un poco particulares, pero completamente específicos; si el amoníaco no disuelve nada durante algún tiempo, es que no hay más sangre tangible, y no se puede probar su presencia.

He sido inducido á pensar que en las armas manchadas debía haber, sobre todo en los estratos más tenues, semilleros de glóbulos como los que hacemos en los laboratorios para las demostraciones, deslizando una aguja impregnada en sangre sobre un portaobjetos; pero con los microscopios ordinarios es imposible examinar las manchas sobre cuerpos opacos, porque la anchura misma del objetivo impide concentrar la luz sobre la preparación; aun con los objetivos menos potentes, cuya lente frontal está alejada del objeto que se examina, es imposible ver nada en las manchas. Desde que la casa Nachet construye, por las indicaciones de Osmont, su aparato de

EXPLICACIÓN DE LAS MICROFOTOGRAFÍAS

Fig. 1.ª—Mancha de sangre humana en un cuchillo; $D = \frac{400}{1}$, con estrías de estiércol.

Fig. 2.ª—Mancha de sangre humana sobre acero pulido, aspecto crucial de algunos glóbulos; $D = \frac{848}{1}$ (*cliché* de M. Alfredo Florence y Benazet).

Fig. 3.ª—Mancha de sangre de carnero en un cuchillo de mesa.

Fig. 4.ª—Mancha de sangre de cabra en un cuchillo pulido.

Fig. 5.ª—Mancha de sangre de buey en cuchillo de mesa groseramente afilado.

Fig. 6.ª—Mancha de sangre de conejo.

Fig. 7.ª—Mancha tenue de pez pequeño.

Fig. 8.ª—Mancha casi invisible de sangre de barbo en un cuchillo.

Fig. 9.ª—Mancha muy débil de sangre de carpa (fotografía de una parte invisible).

Fig. 10.—Mancha de sangre de perro en un cuchillo tosco.

Fig. 11.—Mancha vieja de herrumbre que contiene aún algunos glóbulos de sangre de rana bien visibles, pero invadidos ya por el óxido; $D = \frac{400}{1}$.

Fig. 12.—La misma mancha: aumento considerable de los glóbulos.

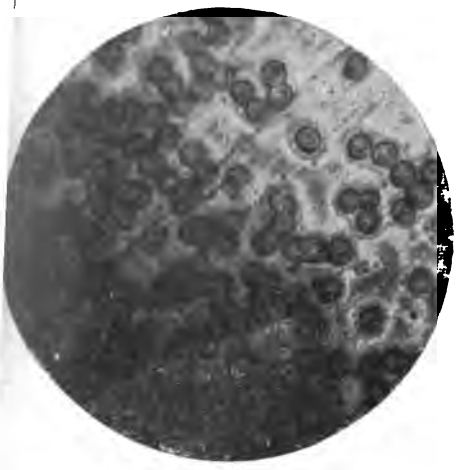


Fig. 1.ª

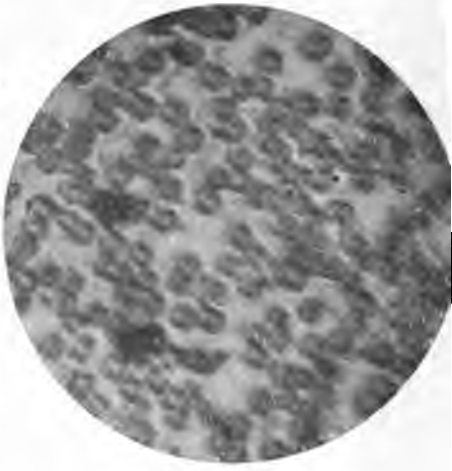
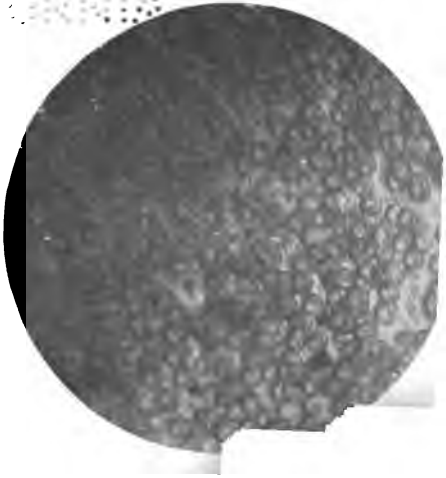


Fig. 2.ª

Fig. 3.ª

Fig. 4.ª



UNIV. OF
CALIFORNIA

FIG. 7.ª

FIG. 8.ª—Mancha invisible.

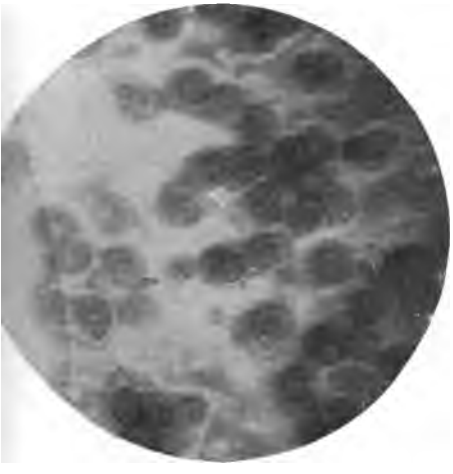
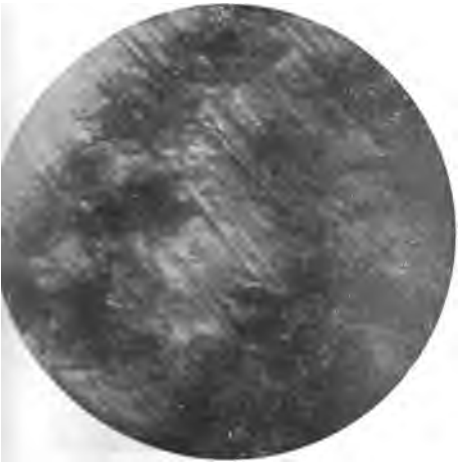


FIG. 9.ª—Mancha invisible.

FIG. 10.

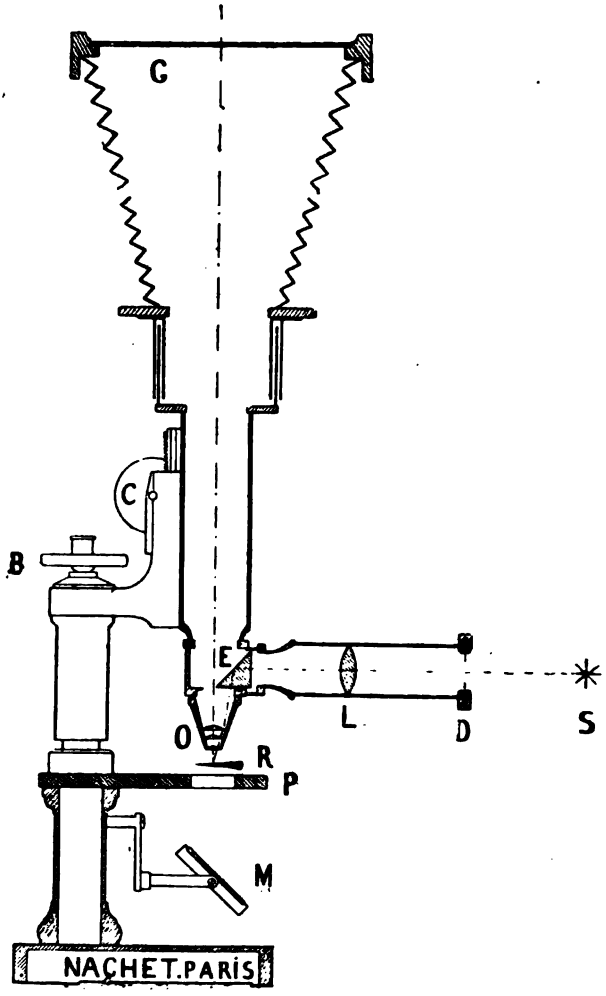


UNIV
CALIF

iluminación interna, tuve la convicción de que el problema después de algún tiempo podría ser resuelto; encargué en seguida el aparato del primer modelo construído, y os lo presento: su órgano esencial es un pequeño prisma de reflexión total, sobre el cual se puede dirigir un rayo luminoso cuya intensidad, como también la dirección de sus diversos fascículos, pueden ser modificados por una pequeña ventana móvil; además, el pequeño prisma puede adelantarse ó retrasarse por una pequeña moleta, mientras que por el juego de otra se puede inclinar, con el objeto de dirigir los rayos reflejados á través del objetivo mismo sobre la preparación. He aquí ésta intensamente iluminada. Este pequeño aparato, que se coloca entre el objetivo y el tubo del microscopio, me da después de algunos tanteos los resultados apetecidos. No solamente puedo utilizarlo fácilmente yo mismo para la determinación de las manchas, sino también hacerlas determinar por otras personas. Aquí os presento hermosas fotografías obtenidas por mi hermano Alph. Florence, ingeniero en las fábricas de acero de Uniex, y M. Benazet, químico de las mismas, con manchas que les he enviado. Estos ingenieros han hecho construir una linterna especial, provista de un diafragma iris que permite limitar á voluntad los rayos luminosos y obtener más nitidez, una *definición* mayor de los glóbulos. Sin embargo, á pesar de este perfeccionamiento, este primer aparato presenta en su manejo algunas dificultades que limitarán su empleo entre los médicos poco familiarizados con manipulaciones de este género; así, hay que preocuparse á la vez de los tres movimientos del aparato, de modificar la iluminación y del enfoque, y aun se experimenta alguna incertidumbre para saber por dónde se ha pecado.

Sabía que la casa Reichert, de Viena, construye también un aparato de iluminación interna basado sobre el mismo principio, pero dispuesto no sobre el objetivo, sino más arriba, debajo del ocular; escribí á este hábil constructor, planteándole el problema, y me respondió con la carta que os presento, fechada el 25 de Octubre de de 1906, que no podía llegar á los aumentos necesarios en estos casos; y, sin embargo, hice venir su aparato, y podéis ver con estas manchas que da resultados muy satisfactorios, y que los glóbulos aparecen muy visibles; pero este aparato no me parece inferior al de Nachet, sobre todo para la fotografía de las piezas de convicción. Comuniqué á M. Peyron, cuñado de M. Nachet y representante de su casa, las modificaciones necesarias á su aparato, transformaciones que por otra parte estudiaba ya este hábil constructor, y he aquí el nuevo aparato que yo empleo ahora, y que está próximo á la perfección. No sé expresar mi agradecimiento á M. Peyron por la condescendencia que ha puesto siempre al recibir las observaciones que la experiencia nos hizo sugerir y por la diligencia con que él

las ha ensayado. El nuevo aparato difiere del antiguo en que el prisma es fijo, por lo cual dos maniobras están suprimidas; además, por la adición de un diafragma iris, que permite trabajar sin linterna especial diafragmada, como haciamos en Unieux; y, en fin, por



Esquema de la disposición adoptada.

una lente montada sobre un soporte deslizable, gracias á la cual se puede hacer converger sobre la preparación más ó menos la luz ya diafragmada. Además, el aparato está perfectamente construído y al abrigo de todo accidente ó desplazamiento, lo que no sucedía en el caso antiguo, en el que las piezas tenían mucha movilidad.

El manejo de este nuevo aparato es tan sencillo, la determinación de una mancha tan fácil, que no dudo no sólo proceder ahora á la demostración de cualquiera de estas manchas de distinta época, sino que estoy también seguro de que vosotros lo habéis de hacer tan bien como yo. Y, sin embargo, no sé á cuánto se expone uno al intentar realizar en un curso las más sencillas experiencias de laboratorio. Veis que basta colocar por encima del objetivo (7 de Nachet) el aparato para que con la iluminación de un mechero Auer (llama pequeña intensiva de preferencia) se puedan hacer observaciones de los cuerpos opacos tan fácilmente, si no más, que las que se hacen con las más bellas preparaciones por transparencia con los microscopios ordinarios. Durante el enfoque se observa por de pronto que sólo es visible una mitad del campo, y después, de repente, por el juego del tornillo micrométrico, todo se ilumina rápidamente; estamos cerca del punto de enfoque, y casi en seguida aparece el objeto de examen. Conocido esto, ninguna práctica previa es necesaria, y no nos exponemos á comprometer el objetivo por el contacto de los cuerpos duros que se examinan.

Se ve ahora la mancha con admirable nitidez, y la sangre, cuando está en masas, con caracteres tan particulares que nadie se puede equivocar una vez vista, pues se encuentran siempre glóbulos aislados, ya en puntos espaciados, ya acumulados sobre los bordes de las manchas, pero muy netos. Aparecen, como podéis ver, rigurosamente definidos; se imponen á todos los ojos, aun á los menos ejercitados; es la sangre misma, el testimonio irrecusable sobre el el arma que vosotros enseñáis al juez en el momento en que os la presenta. Éste no comprende siempre los cristales de hemina, producto de transformación, producto artificial, preparado en el silencio del laboratorio; pero aquí la prueba es sorprendente, porque está sobre el arma misma, lo repito; indiscutible, porque no se la toca ni modifica; irrecusable, porque la hacéis ver en seguida á todos: juez, perito, jurados.

He aquí, señores, un cuchillo de marfil manchado, pasando ligeramente una aguja impregnada de sangre; y es preciso estar prevenido para percibir en su lugar una ligera tinta amarillenta. Examinad vosotros mismos este cuchillo...

(Uno de los alumnos procede á este examen, y encuentra en seguida los glóbulos, que son poco visibles por la opalescencia blanquecina del soporte.)

Modificad ahora la iluminación con el diafragma y el soporte deslizable de la lente convergente, y los glóbulos *se definirán* admirablemente. Observad ahora que en el lugar enfocado no hay mancha visible á simple vista, lo que se concibe, pues la sangre está en tan pequeña cantidad que no encontráis más que 5 ó 6 glóbulos re-

partidos en el campo microscópico. Tened presente que son precisamente las más tenues aquellas que no se sospechan, las que por dispersión de los glóbulos son más favorables á este reconocimiento. Las manchas que otras veces causaran mi desesperación son ahora las más deseables. La parte observada no excede sensiblemente de una décima de milímetro; es decir, que en un milímetro cuadrado de mancha se pueden hacer cerca de 100 observaciones. Se puede concluir, por lo tanto, que sobre un arma se encuentran siempre numerosos puntos propicios al examen.

He aquí, señores, una mancha en la que yo he transformado la sangre en hemocromógeno para hacer la espectroscopia directa al estado sólido (*Archives d'anthropologie criminelle*, t. XVI, página 255); veis que esto es posible, pero no os lo indico más que como curiosidad.

No me esforzaré, señores, en insistir sobre la diferenciación del origen de la sangre; veis vosotros mismos por el examen de estas manchas que no es posible equivocarse con este procedimiento entre las diversas sangres que encontramos más comúnmente en la práctica: tanto difieren por su talla y aspecto. No puedo insistir en este momento sobre las particularidades de cada una de ellas; importa que el perito se familiarice con estos aspectos tan diversos, y hacerse la vista, si así puede decirse, á estas observaciones. Os haré observar que los glóbulos irregulares, estirados por la desecación, si son demostrativos como prueba de sangre, pueden equivocar á un perito novicio haciéndole confundir sangre oval con sangre circular; es preciso multiplicar los reconocimientos para encontrar glóbulos no alargados.

Me permitiré también llamar vuestra atención sobre el hecho de que la sangre humana presenta algunas particularidades, cuya explicación busco en este momento; con frecuencia presenta una cruz, como los granos de almidón vistos á la luz polarizada; más frecuentemente aún se puede observar que ciertos glóbulos presentan una coloración amarilla poco intensa, y otros casi en el mismo número son verdes; es decir, que el color de unos es rigurosamente complementario del de los otros, de modo que por la fotografía no se puede, sin artificio, demostrar estas diferencias con las placas ordinarias.

Estos son, sin duda, fenómenos de refracción y dicroismos.

Las manchas sobre madera, cuando son muy tenues, no son menos difíciles de examinar que las que están sobre hierro, y exponen al perito á los más crueles contratiempos; como aparecen bien sobre la superficie de la madera, se ilusiona fácilmente sobre su riqueza, y en realidad la sangre se encuentra en la mayoría de los casos en tan pequeña cantidad, que no es posible su determinación. Se ve

precisado á raspar la superficie de la madera, y cuando en seguida trata de disolver la sangre, ésta ha sido embebida por la madera raspada y no es posible obtener nada. Estas manchas contienen en la mayoría de los casos, sobre todo las dispuestas en madera dura, glóbulos perfectos, y es tan fácil observarlos como sobre el hierro, marfil, nácar, etc., etc.

No sé durante cuánto tiempo se conservan los glóbulos en las manchas herrumbrosas; he aquí algunas de varios años de antigüedad, que no parecen estar formadas más que por herrumbre; veis que la palabra «rana», que indica la especie, se ha hecho ilegible porque la tinta ha servido de punto de partida á una activa oxidación. Examinándolas, veis efectivamente que no tenéis ante vuestros ojos más que herrumbre; pero buscándolos se encuentran fácilmente glóbulos intactos aislados que han conservado todos sus caracteres, aunque la mayor parte han sido invadidos ó picados por el herrumbre (fig. 11).

Creo que, una vez hecho el examen, el perito, de acuerdo con la instrucción, podrá proteger las manchas con un ligero barniz para evitar toda alteración ulterior.

Corresponde, por otra parte, al magistrado, asegurar la conservación, manteniéndolas en un lugar seco; creo que en estas condiciones se podrían encontrar glóbulos después de varios años.

Sin embargo, en mi opinión, creo deben unirse al informe documentos inalterables y convincentes: las fotografías de diversos puntos de la mancha. Es esta una parte esencial é integrante del peritaje; esta operación que nosotros vamos á ejecutar es de las más sencillas: veis que he colocado el microscopio entre las columnas de un aparato fotográfico construído *ad hoc* por la casa Nachet. La cámara es móvil y puede, si se desea, ser desplazada (á fin de no dificultar la observación) ó ser colocada sobre el microscopio gracias á estos tambores, sin el menor choque, una vez hecho el enfoque. Es esta una condición esencial. He hecho graduar las columnas del aparato para tener así conocimiento de los aumentos. Este sirve para todos los objetivos y oculares adoptados; en este caso, un 7 y un ocular de proyección; basta colocar un objetivo micrométrico, ó más sencillamente la placa graduda por $^1/_{10}$ de milímetro que se encuentra en los *micrómetros oculares*. Adopto en la práctica un aumento de 400 diámetros como muy conveniente; basta alargar la cámara hasta que en el cristal deslustrado se tenga una separación de cuatro centímetros (próximamente) entre los trazados, reproduciendo las divisiones del micrómetro ocular. Se enfoca con la moleta del tornillo micrométrico del microscopio, y ayudándose de la lente especial de enfoque.

El tiempo de exposición varía, naturalmente, pero aquí es muy

corto, pues todas las condiciones radican en las diversas operaciones que se hacen después con las mismas; con las placas banda azul Lumière y sin pantalla tres minutos bastan, y se obtienen buenos *clichés*; pero es preferible usar las placas ortocromáticas A. Lumière, con pantalla débilmente amarilla. En este caso el tiempo de exposición varía entre quince á veinte minutos, sin que un aumento de algunos minutos comprometa los resultados.

Tal es, señores, el procedimiento tan sencillo que empleo actualmente para obtener la prueba de la sangre directamente en las armas, y determinar, con una seguridad desconocida hasta ahora, su origen.

No es necesario deciros que otras manchas, las de esperma especialmente, pueden ser demostradas con este procedimiento. En todo caso, creo que no es posible abordar estos trascendentales problemas que nos presenta la práctica sin el empleo de los aparatos que acabáis de manejar.

***

Esta nota que nos permitimos unir á la hermosa conferencia del profesor Albert Florence, tiene casi únicamente por objeto manifestarle la expresión viva y sincera de nuestro agradecimiento por habernos permitido publicarla, y por la cesión de los *clichés*, algunos de ellos inéditos. Ni su conferencia ni sus microfotografías necesitan de nuestros elogios.

Dicha conferencia ha sido recogida por los Dres. Ant. Lacassagne, Gaud y De Lavergne, preparadores del Instituto de Medicina legal de la Universidad de Lyon.

El procedimiento de diagnóstico que nos describe Florence, si procedimiento puede llamarse al examen microscópico de la superficie manchada de un objeto, por su sencillez y por los resultados obtenidos es muy recomendable, y el primero que en estos casos debemos poner en práctica. Esta opinión desinteresada, imparcial, puede tener algún valor, pues procede de quien ha propuesto otros procedimientos para el diagnóstico médico-legal de las manchas de sangre; y es que con un solo procedimiento no pueden resolverse todos los casos, muy variados, que presenta la práctica; unos procedimientos completan á otros, y al perito le corresponde elegir, entre los que dan certidumbre, el más apropiado al caso particular.

Convendrá realizar el examen directo de la mancha tal como lo recomienda Florence, si el objeto es transportable á la platina del microscopio. Si conseguimos ver algunos glóbulos rojos, bien definidos aunque escasos, el diagnóstico genérico de la sangre está hecho, y tendremos que proceder si es necesario al diferencial, específico, por la reacción precipitante específica (procedimiento de Uhlenhuth-Wassermann).

En el caso de que la sangre sea ya muy antigua, ó haya entrado en putrefacción, ó el herrumbre haya destruído los glóbulos rojos, puede intentarse, para el diagnóstico genérico, la formación de los cristales de hemina.

El profesor Florence se extiende algo sobre esto; nosotros nos limitaremos á hacer un resumen histórico de la cuestión.

Los autores que han estudiado la influencia del hierro y sus compuestos en la obtención de los cristales de hemina por el procedimiento de Teichmann, no están muy de acuerdo. La causa de estas diferencias está, según mi opinión, en la variabilidad de los resultados, en la inseguridad de dicho procedimiento; existen también en lo que se refiere á la influencia de otros agentes químicos, de la temperatura y de la putrefacción.

Lewin y Rosenstein (1) no pudieron obtener los cristales de hemina con manchas de sangre á los cuatro días sobre hierro pulido, y á los ocho sobre hierro oxidado. Federici (2) ha demostrado que el hierro oxidado dificulta notablemente la cristalización; á la misma conclusión llegó Salemi-Pace (3), que recomienda en estos casos, con Cazeneuve y Florence, un tratamiento previo con amoníaco.

Modernamente profesan las mismas ideas que los autores citados nuestro compatriota el Dr. Agell (4), y los profesores Ferreira da Silva y Alberto d'Aguiar (de la Universidad de Oporto) (5).

Nicoletti (6), en 1887, sumergía, durante nueve días, pedazos de tela en varios compuestos de hierro, y después de haberlos secado los manchaba con sangre; pasados uno ó dos meses, intentó la prueba de la hemina, obteniendo resultados positivos; sin embargo, con el percloruro de hierro fueron algún tanto variables.

Tamassia (7), mezclando sangre fresca con limaduras finísimas de hierro, y abandonándolo al aire para que éste se transformase en herrumbre, obtuvo cristales bien formados hasta los veinte-treinta días; su producción fué disminuyendo, y á los ochenta días, cuando la masa había adquirido un color oscuro viscoso, de aspecto casi metálico, obtuvo, por el contrario, cristales redondeados, lanceolares, aciculares, en maza, en gránulos, más refringentes que los cristales comunes, pero tenían la misma naturaleza, pues presentaban sus reacciones; por lo tanto, la sustancia colorante de la sangre, en contacto con las limaduras de hierro, va poco á poco alterándose. Tamassia obtuvo resultados negativos más precoces (ocho-diez días) mezclando sangre con ácidos orgánicos y limaduras de hierro.

Mirto (8) atribuye los resultados negativos, no á una combinación insoluble del pigmento sanguíneo con el óxido férrico (como creía Rose), ni á desdoblamientos de aquél, sino á simples modificaciones que darían por resultado la formación de la *meta-hematina*, que se diferencia sólo de su generadora la hematina por su resistencia á

suministrar, con el procedimiento de Teichmann, los cristales de hemina. En nuestros métodos para obtener las sales de hematina, esta resistencia no se ve por ninguna parte. La hipótesis de la meta-hematina que admitimos, no teniendo por ahora otra mejor, espera nuevos hechos de confirmación. Tiene también la ventaja de ser conciliable con la del profesor Florence, muy sugestiva: el herrumbre quema en totalidad ó en parte la materia colorante de la sangre, habiendo entre los dos un cambio de oxígeno favorecido por acciones eléctricas.

Lewin y Rosenstein y Richter (9) creen que el hemocromógeno no puede dar los cristales de hemina. ¿Sería, pues, el hemocromógeno la causa impeditiva de la cristalización de la hemina cuando la sangre se encuentra sobre metales reductores ó ha sido sometida á la acción de temperaturas elevadas, luz solar, etc.? Podíamos oponernos á la opinión de Richter, presentándole los argumentos de Mirto y alguno nuestro de bastante fuerza.

Cree Richter que los resultados negativos que se obtienen con la sangre depositada sobre metales reductores, se deben á la formación de hemocromógeno; pero nosotros sabemos que una de las características de este cuerpo es su instabilidad; pasa con la mayor facilidad, simplemente por la acción del aire atmosférico, á hematina. Esto sucede no sólo cuando está en soluciones, sino también bajo la forma cristalina; esto lo hemos podido apreciar una y mil veces con las técnicas de Donogany para obtener los cristales de hemocromógeno. Además, Mirto no ha podido encontrar el hemocromógeno en las condiciones que dice Richter.

Además, en mis procedimientos, y esto es muy decisivo, el hemocromógeno suministra los cristales de sales de hematina (véase Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, t. XVI, núm. 34, página 445); ni el hierro y sus compuestos dificultan ó impiden, como sucede en el procedimiento del ácido acético y la sal marina, la formación de los cristales. Nuestras experiencias sobre este particular han sido confirmadas por el profesor Sarda (10) y los doctores Caffort y Dusser (11); experiencias que hemos repetido después con la bromo-hematina, obteniendo el mismo éxito (12).

Sin embargo, no negamos que el hemocromógeno pueda encontrarse en la sangre sobre metales reductores, y debemos también, para ser sinceros, consignar un hecho: el hemocromógeno no es tan inestable como se creía; nosotros hemos encontrado un método para obtener cristales permanentes. Se funda en el tratamiento de la sangre por piridina y menor cantidad de ácido pirogálico.

Creo, sin embargo, de todas, como hipótesis más aceptable la de Mirto: la metahematina es una hematina oxidada, más estable que su generadora, como la metahemoglobina es más estable que la oxi-

hemoglobina. La metahematina resiste en el procedimiento de Teichmann á la formación de los cristales de hemina; en nuestros métodos, fundados en el tratamiento de la sangre por uno de los halógenos y los reductores piridina y sulfuro de amonio, por la acción enérgica de los reactivos empleados, la metahematina pasa á hematina alcalina, después á hemocromógeno, susceptible de combinarse con el halógeno, para formar la sal correspondiente.

En resumen, no creemos aventurado afirmar que, con el examen directo de las manchas (Florence), los nuevos métodos para obtener los cristales de sales de hematina, y con el examen espectroscópico: el perito tiene ya medios suficientes para obtener con certeza absoluta la prueba de la sangre sobre un arma, aun en los casos en que la cantidad es mínima, mucho el tiempo transcurrido ó profundas las modificaciones originadas por el óxido férrico.

AUTORES CITADOS EN ESTA NOTA

(1) Lewin und Rosenstein: Untersuchungen über die Häminprobe. *Virchow's Arch.* Bd. 142, 1875.

(2) Federici: Contributo all'esame chimico delle macchie di sangue. *Lo sperimentale*, 1885.

(3) Salemi-Pace: Modo facile per ottenere l'emina da macchie di sangue deposto su ferro irruginito. *Il Pisani*, Palermo, 1889.

(4) Agell y Agell: Reconocimiento de las manchas de sangre, página 19, Barcelona, Serra y Russell, 1905.

(5) A. J. Ferreira da Silva y A. d'Aguiar: L'examen médico-légal des taches de sang, et spécialement la méthode d'Uhlenhuth. *XV Congreso Internacional de Medicina*, Lisboa, 19 26 Abril 1906.

(6) Nicoletti: Sull'azione del ferro nella produzione dei cristalli di emina. *Rivista sperimentale di Freniatria e di Medicina legale*, vol. XIII, 1887.

(7) A. Tamassia: Su alcuni condizioni della cristallizzazione dell'emina. *Riv. sperim. di Fren. e di Med. leg.*, vol. XIV, 1890.

(8) D. Mirto: Ricerche microchemiche e spttroscopiche sulle macchie di sangue modificate per azione di agenti diversi e sul valore dell' ematorporfirina nella diagnosi medico-legale del sangue e delle ecchimosi cutanee. *Giornale di Medicina legale*, núm. 5 de 1901.

(9) Richter: Ueber Häminkrystalle. *Vierteljahrschrift f. gerichtl. Med.*, 1900, 3 Heft, XX Bd.

(10) Sarda et Caffort: Sur un nouveau procédé d'obtention des cristaux d'hemine dans le diagnostic médico-légal des taches de saug. Note presentée por M. Bouchard. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. CXLIII, pág. 251.

(11) Caffort: Sur un nouveau procédé d'obtention des cristaux d'hemine (Trabajo del laboratorio de Medicina legal de la Universidad

de Montpellier; el autor analiza nuestros dos procedimientos). 31 páginas. Editores: Firmin, Montane et Sicardi, 1906.

(12) A. Lecha-Marzo: Chimie légale: Note expérimentale sur les cristaux de bromo-hématine (Travail du laboratoire de Médecine légale de la Faculté de Valladolid). *Le Courrier Médical*, 1.° de Julio de 1907.

TIEMPO REFLEJO Y TIEMPO CONSCIENTE

Comunicación presentada al Internacionaal Congres voor Psychiatrie, Neurologie, Psychologie, en Krankzinnigenverpleging. (Amsterdam, September 1907.)

Por Roberto Nóvoa

Hace ya algún tiempo—poco más de dos años—que tuve la idea de intentar un estudio comparado del tiempo reflejo y del tiempo de reacción consciente, considerándolos bajo un mismo punto de vista. En aquella época pensaba, fundándome en los datos referentes á este sujeto contenidos en las más diversas publicaciones, que el llamado *tiempo reflejo* y el llamado *tiempo de reacción consciente* *correspondían, en lo fundamental, á procesos medulares y cerebrales específicamente iguales.*

No tengo por qué ocultar que esta idea teórica, nacida á la luz de las adquisiciones fisiológicas acerca de las alteraciones paralelas que experimentan los tiempos reflejo y de reacción consciente bajo ciertas condiciones experimentales, fué la que me indujo, en el momento actual, á hacer algunas investigaciones y á sacar ciertas deducciones sobre la unidad de los procesos psíquicos de la medula espinal y del cerebro; y no tengo, finalmente, por qué ocultar en esta breve introducción que las siguientes palabras, leídas en la *Allgemeine Biologie*, de Max Kassowitz, contribuyeron á avivar mis viejas ideas, excitándome á hacer el ensayo que tengo el alto honor de presentar á la sección de Psicología de este Congreso: «*Auch* Fricke *spricht sich in einer Abhandlung «Uber psychische Zeitmessung» dahin aus, dass eine Verkürzung der Reaktionszeit bei zunehmender Intensität des Reizes, nach Analogie der Erfahrungen von* Rosenthal *bei der Reflexzeit, als eine Beschleunigung der Vorgänge in der zentralen grauen Substanz betrachtet werden müsse, womit ja wieder implicite gesagt ist, dass die Reaktionszeit auf einer Versögung dieser Vorgänge beruht*».

***

Es cierto que todos los medios empleados para descubrir el carácter psíquico de las reacciones medulares son indirectos; pero téngase presente que, en el estado actual, no puede recurrirse más que al examen de las «respuestas» para llegar á formar una composi-

ción mental de los elementos psicológicos que se desarrollan como epifenómenos de los procesos nerviosos fisiológicos. Indudablemente, si tomamos en consideracion las enseñanzas que se desprenden de un conjunto de observaciones concordantes, sacamos la conclusión de que existen ciertas diferencias entre el alma «suprema» cortical y la «psiquis» del cordón medular; y estas diferencias, que en ningún modo son específicas, y sí correspondientes á diversos tonos de los procesos psico-fisiológicos fundamentales, pueden expresarse en los siguientes términos: I. El alma de la médula (entiéndase por «alma», en el sentido fisiológico, el conjunto de las funciones del sistema nervioso—Hermann, *Physiologie des Menschen-Einleiting*—ó de un segmento central cualquiera) no *siente* los estímulos que crecen de un modo gradual, insidioso, sino que reacciona solamente á las excitaciones bruscas. II. Para que una excitación traspase el umbral de la conciencia espinal necesita tener una intensidad mucho mayor que para entrar en la esfera de la supra-conciencia. Además, aun cuando la médula aprehenda las excitaciones, la sensación se realiza con extremada lentitud y el proceso consciente tarda mucho en organizarse por completo.

Yo deseo, antes de entrar de lleno en el análisis del argumento que puede sacarse del estudio comparado de los tiempos reflejo y de reacción consciente en favor de la doctrina psicológica de los reflejos, adaptar los hechos hasta hoy inconciliables con ella y demostrar de paso la impotencia de la doctrina física; esto es, de la doctrina de la irradiación de las excitaciones para explicar las reacciones conscientes de la médula espinal. Claro está que en un trabajo de esta naturaleza he de prescindir de todo lo que, á este respecto, se encuentra esparcido en multitud de contribuciones de índole teórica y experimental.

Hay, sobre todo, dos hechos de observación que han sido tomados como *experimentum crucis* para demostrar la falta de solidez de la teórica psicológica de las sedicentes reacciones reflejas; y estos dos hechos, de los que somos deudores á Goltz y Tiegel, constituyen, según mi modo de ver, un buen guía para orientarnos acerca de las diferencias de *tono*—permitidme esta expresión—existentes entre el alma cerebral suprema y el alma razonadora y consciente de la médula espinal. Sin embargo, estas diferencias de tonalidad resultan tanto más profundas cuanto más elevado es el desarrollo filogenético del sistema nervioso; así, por ejemplo, como ha concluído Steiner (*Die Functionen des Centralnervensystems und ihre Fhylogenese-Braunschweig*, 1885-88), y como yo he tenido ocasión de deducir teóricamente y de comprobar más tarde (antes del conocimiento del trabajo de Steiner) en el curso de mis investigaciones, el «alma» va *ascendiendo* á medida que se hace más delicada la cons-

titución de los centros nerviosos de los animales, de donde deducía que para resolver el problema de la naturaleza de las reacciones medulares debíamos tomar como punto de mira el comportamiento de los vertebrados inferiores mielotomizados ante las excitaciones periféricas.

Hice notar en otro lugar que las excitaciones que se *insinúan* no son capaces de provocar en la rana *espinal* ningún fenómeno reaccional de naturaleza defensiva. Fijándome en que respondiendo los nervios á los excitantes con tanta mayor energía cuanto más intensas eran las excitaciones ó cuanto mayor era la rapidez con que se realizaban las variaciones en la intensidad del excitante, sacaba la conclusión—atendiendo á estos hechos y á los resultados de uno de los experimentos de Goltz que analizaremos más adelante—que las células nerviosas de la médula poseen la facultad de *sentir* solamente los cambios bruscos en las excitaciones ó de reaccionar consecutivamente á los estímulos que penetran con cierta rapidez por las fibras inmergentes de las raíces posteriores. *Una de las distinciones fundamentales entre la psiquis espinal y el alma suprema ó cortical está, pues, en que aquélla no reacciona* EN NINGÚN MOMENTO *á las excitaciones que aumentan ó decrecen de una manera gradual, insidiosa.*

El experimento de Goltz (1), que se consideraba hasta ahora como uno de los más grandes argumentos destructores de la teoría del «alma de la medula», encuentra una perfecta explicación dentro de esta doctrina. Parece, sin embargo, que el corolario psicológico puesto de relieve por este experimento está en contradicción, al menos aparente, con otros hechos alcanzados en el curso de los estudios fisiológicos sobre la médula. Sabemos, en efecto, desde hace mucho tiempo, que si un excitante de cierta intensidad no es capaz de despertar un movimiento reflejo, éste se produce siempre que se repiten las excitaciones que, aisladas, son insuficientes (*en la médula se suman las excitaciones*). ¿Cómo conciliar este hecho con el otro hecho observado por Goltz en la rana? ¿Cómo ponerlo de acuerdo con la interpretación que dimos anteriormente acerca del comportamiento de la rana *espinal* enfrente de la elevación lenta, paulatina de la temperatura? Observaréis desde luego que las condiciones son diferentes, porque mientras en un caso la excitación se *insinúa*, en el otro caso obra á *intervalos*. Por lo demás, de esta divergencia de comportamiento de la médula enfrente de las excita-

(1) Me refiero al experimento que consiste en sumergir una rana espinal en el agua de una vasija que se va calentando gradualmente. Como sabéis, el animal no realiza ningún movimiento; pero si el experimento se lleva á cabo con una rana intacta, ó si se sumerge la rana mielotomizada en el agua calentada de antemano, el animal verifica movimientos natatorios para sustraerse á la influencia de la excitación térmica.

ciones que penetran de un modo insinuante y de las que, siendo insuficientes; penetran á intervalos, parece desprenderse que la *conciencia medular* es despertada por las excitaciones que actúan dejando entre sí un lapso de tiempo mayor ó menor; pero no por los excitantes que crecen ó disminuyen de una manera gradual. Al contrario, ya sabéis que el cerebro es capaz de reaccionar á los estímulos que aumentan ó decrecen insidiosamente y de un modo continuo, despertándose un estado *final* de conciencia.

Si la rana del mencionado experimento de Goltz no realiza movimientos de natación cuando se sumerge en agua que se va calentando gradualmente, esto quiere decir que la médula del animal no responde á la excitación periférica porque ésta no es capaz de trasponer el umbral de la conciencia. Por el contrario, si la rana mielotomizada reacciona, cuando se la sumerge en agua calentada de antemano, debemos pensar que los fenómenos de conciencia medular son despertados por toda excitación brusca ó que cambia repentinamente de intensidad.

Después de lo que hemos visto, *el experimento de Goltz no debe considerarse como desfavorable para la teoría del alma espinal, sino que debemos mirarlo como un reactivo precioso para determinar alguna de las particularidades concernientes á la organización psicológica de la medula.*

Angelo Mosso, oponiéndose también á la doctrina psicológica de los «reflejos», escribe en *La Paura* las siguientes palabras: «Mi amigo Tiegel, profesor de Fisiología en el Japón, hizo el siguiente experimento: cogió una serpiente y le cortó de un solo golpe la cabeza; mientras el tronco se retorcía por tierra, lo tocó con una varilla enrojecida; la serpiente se lió á su alrededor, y aunque se quemase la carne y se carbonizase la piel, no por eso dejaba de arrollarse haciendo sus espirales. Conque, aun aquí, la médula espinal, que produce estos movimientos, es completamente irracional».

Hay que juzgar este caso por analogía con lo que pasa en los procesos cerebrales. Como sabéis, en algunos casos morbosos las acciones están en flagrante desacuerdo con la ley de la conservación individual y específica, y estos casos, en los que se pierden las facultades razonadoras y la de adaptación de los movimientos á un fin conservador, no nos autorizan en ningún modo á negar la existencia de una razón y de una conciencia cuyo substratum lo encontramos en determinadas regiones cerebrales.

Yo quiero, en vista de este razonamiento concreto, iniciar la adaptación del hecho observado por Tiegel á la doctrina del alma de la médula. Creo, efectivamente, que del hecho que la serpiente se haya enroscado al hierro candente no puede sacarse la conclusión de que la médula esté desprovista de un esbozo de conciencia

y de razón, como tampoco podemos decir en buena lógica *que el loco de hoy no poseyera ayer el pleno dominio de su razón soberana.* Lo más que puede sostenerse—y creo que en ésto estaréis de acuerdo conmigo—es que en ciertas condiciones experimentales se desarrolla un proceso desorganizador de la «psiquis espinal», y que las excitaciones muy enérgicas, las excitaciones brutales—entre las que debemos colocar la producida por la varilla enrojecida,—son provocadoras de una desorganización funcional de la médula y, en consecuencia, de los procesos materiales que sirven de base á los fenómenos de la conciencia. No sólo por lo que sabemos de Psiquiatría, sino también por todo cuanto conocemos de Neurofisiología, estamos autorizados á contestar de esta manera á la objeción explanada por Angelo Mosso en contra de la teoría psicológica de las llamadas reacciones ó movimientos puramente espinales.

Reflejo circular.—He aquí un reflejo de alta importancia psicológica que observé en la rana: seccionada la médula de la rana por encima de la emergencia de los nervios que forman el *plexo podálico anterior*, excitamos la pata posterior derecha; inmediatamente se sacude el miembro excitado. Si se repiten las excitaciones ó también si hacemos obrar ahora el excitante con más energía, se contrae la pata anterior del mismo lado, y continuando el insulto se contraen después, de un modo sucesivo, la pata anterior izquierda y el miembro posterior izquierdo.

Creo que este reflejo tiene en la rana el mismo valor que el reflejo cruzado de otros tetrápodos; y así como Serrington supuso que este último respondía á ciertos mecanismos nerviosos relacionados con la deambulación del animal, yo supongo que el reflejo circular corresponde á un mecanismo neuro-medular relacionado con la natación del animal.

La rana que sufre una ligera excitación en la piel de una pata, retira ésta; pero si la excitación es muy intensa, el animal *huirá*, realizando lo que en la nueva terminología psicológica se llamaría una sómato-reacción negativa. Igualmente, en la rana mielotomizada pueden estudiarse también estas dos formas generales de reacción: de una parte—en el caso que la excitación sea ligera,—el animal responde con una sacudida de la pata cuyos nervios son excitados; y de otra parte, cuando la excitación se hace más intensa, entonces se produce el reflejo circular. *Esta última forma de reacción me parece que debe interpretarse como un esbozo de defensa pasiva de la rana—sómato-tropismo negativo,—esto es, como una huída.*

El reflejo circular tiene, según mis ideas, una marcada significación psicológica. Las reacciones medulares conscientes ó defensivas pueden clasificarse, bajo el punto de vista de su limitación ó ge-

neralidad, en dos grupos: uno que comprendería todas las reacciones en que no toman parte más que el grupo ó grupos musculares necesarios *para alejar el excitante*, y otro en el que se incluirían todas aquellas reacciones en que entra en juego el mecanismo neuro-muscular de la natación ó deambulación.

Con el objeto de no hacer demasiado extenso este trabajo, permitidme que dé aquí un cuadro en el que aparece desarrollada la mencionada clasificación.

PRIMER GRUPO

PODO-REACCIONES...	Comprende: *a*) Todas las podo-reacciones observadas en los animales (rana, perro, etc.). *b*) El fenómeno de Babiusky observado en el hombre.

SEGUNDO GRUPO

SÓMATO-REACCIONES.....	A. *s-r*, esbozadas.	Reflejo cruzado. Reflejo circular.
	B. *s-r*, limpias, claras.....	*a*) Reflejo natatorio de las ranas *(Goltz)*. *b*) Reflejo natatorio de los ánades *(Tarchanoff)*. *c*) Vuelo reflejo de las aves. *d*) Deambulación de otros vertebrados.

Por otra parte, el reflejo circular habla en contra de la teoría física que trata de explicar las reacciones espinales *aparentemente conscientes*, invocando la difusión de las excitaciones en la sustancia gris de la médula espinal. Como habéis visto por la descripción que hice del reflejo circular, *l'ébranlement* nervioso sigue una vía que le ofrece una gran resistencia (á lo largo de la médula), mientras que en otros casos la excitación se propaga según la ley de la irradiación transversal.

Nosotros debemos mirar esta variabilidad en la forma de reacción como la expresión tangible de la existencia de una facultad consciente y razonadora de la médula espinal.

Para terminar con el estudio del reflejo que nos ocupó hasta ahora, llamo la atención sobre las relaciones existentes entre su marcha cronológica y la marcha de los movimientos natatorios que realiza la rana intacta. *De visu*, hice algunas observaciones á este respecto, y siempre he podido observar que cuando el animal reposa tiene una de las patas posteriores algo más flexionada que la opuesta, y que al nadar existe un ligero retraso en la sucesión de los movimientos de una pata respecto de la opuesta.

*
* *

Basta fijarse en los hechos corrientes de Fisiología nerviosa para convencernos de que para que una excitación traspase el umbral de la conciencia medular necesita ser más intensa que para penetrar en el campo de la supra-conciencia. En este hecho puede encontrarse una razón del *porqué,* en estado normal, es nuestra alma suprema la que aprehende las excitaciones; sin embargo, cuando las excitaciones sean *muy enérgicas ó muy generales*, entonces es probable que éntre también en juego el elemento consciente de la médula.

Nos encontraríamos en este caso en todos aquellos estados en los que no podemos *localizar* las sensaciones. Cuando, por ejemplo, sentimos un placer que conmueve todo nuestro cuerpo; cuando, en el instante supremo de la conjunción sexual, se estremecen todas las fibras del cuerpo, es probablemente invadido el campo de la conciencia medular, al mismo tiempo que el de la supra-conciencia. También cuando nuestro «ojo interior» se apercibe de una sensación general (hambre, sed, etc.), serían la médula y el cerebro puestos en actividad consensual por las excitaciones emanadas de las fibras sensibles de los órganos profundos.

En todos los casos mencionados entraría en acción una *conciencia difusa*, imposible de referir á un segmento determinado del sistema nervioso central. La médula, el bulbo, etc., serían invadidos por la excitación general, despertando los procesos materiales basales de la conciencia, originándose en esta forma la sensación general y consciente de placer, de sed ó hambre, etc.; y, en oposición á lo que ocurre con la mayoría de las sensaciones, aquí habría que considerar el estado de conciencia como dependiente de un proceso difuso de conscientización.

Ya sabéis que nuestra conciencia suprema no es despertada más que cuando las excitaciones poseen cierta intensidad, intensidad variable de un sujeto á otro, y también para uno mismo considerado en diferentes momentos de su vida. Nuestro «ojo interior» es como una estrella que va aumentando su brillo hasta un instante en que su luz comienza á declinar; es algo así como un foco que oscila, que se nubla y que luego resucita esplendente. Así tenemos, como una oscilante luz interior, una serie de tonos de nuestra conciencia suprema; y es también más que probable que la conciencia espinal experimente ciertas oscilaciones tónicas dependientes de cambios en los procesos químicos que constituyen la base dinámica de la conciencia.

Bajo la acción de causas todavía indeterminadas, los destellos conscientes del alma espinal ofrecerían variaciones de intensidad, de luminosidad. En cierto momento, una excitación que antes sería capaz de salvar el umbral de la subconciencia ya no es capaz de

salvarlo, ó, al contrario, una excitación que antes no penetraba en la esfera subconsciente entra ahora de lleno en su dominio.

Se comprende perfectamente que en el terreno de las deducciones teóricas no deba existir una delimitación bien precisa entre los grados de la supra y subconciencia. A partir del tono más bajo, de la nota más grave de la conciencia medular, existiría un ascenso escaleriforme hasta llegar á la sensación cerebral netamente definida; y entre el destello más vivo, más potente del alma espinal, y el grado más obtuso de la conciencia cortical, encontraríamos un puente de unión en donde llegarían á confundirse los tonos de conciencia.

En la rana espinal hay una limitación de las sómato-reacciones. Seccionada la médula por encima del *plexo poddlico anterior*, ó descerebrado el animal, puede éste realizar todavía movimientos natatorios perfectamente coordinados, y, sin embargo, solamente en ciertas condiciones experimentales somos capaces de obtener una sómato-reacción clara. Considerad la rana intacta, normal, y la veréis reaccionar á un estímulo ligero de la piel; considerad ahora una rana *espinal*, y veréis que necesitáis una excitación muy fuerte para obtener una reacción local, un esbozo de sómato-reacción ó un sómato-tropismo negativo preciso.

Doy á continuación el siguiente cuadro, en el que pueden verse las diferencias que existen entre las intensidades de las excitaciones necesarias para provocar reacciones en ranas normales y mielotomizadas. Advierto, antes de nada, que á las primeras se les cauterizó la córnea ó se les realizó la enucleación de los globos oculares, con el objeto de eliminar los errores que pudieran depender de las sensaciones visivas (1).

De los datos contenidos en este cuadro puede deducirse que las excitaciones provocadoras de reacciones espinales conscientes son de mayor intensidad que las precisas para despertar una reacción cerebral consciente. Estas diferencias podemos expresarlas diciendo que *los umbrales de la supra y subconciencia poseen diferente tonalidad, siendo más alto el correspondiente á la conciencia espinal.*

***

(1) En el texto original que remití, en francés, á la Secretaría del Congreso, no pude desarrollar el cuadro anunciado, por la razón que en el Reglamento del Congreso se señalaba que el manuscrito no podía exceder de quince páginas de impresión; y como, por otra parte, yo he de ajustarme aquí al texto original francés, me permito trasladar á este lugar las propias palabras empleadas por mí en aquella ocasión, sin perjuicio de que más adelante publique detalladamente aquellos resultados, unidos á nuevas y aun inéditas observaciones: «Il se peut déduire de mes propres recherches que les excitations provocatrices des réactions spinales conscientes sont de plus grande intensité que celles nécessaires pour réveiller une réaction cérébrale consciente».

Del estudio comparativo de los *tiempos reflejo y de reacción consciente* hemos de sacar un argumento en favor de la doctrina que admite que la médula es la sede de procesos psíquicos rudimentarios. De este estudio, y del estudio del tiempo que tardan en organizarse las reacciones medulares, hemos de sacar la conclusión que la teoría del «alma medular» está de completo acuerdo con los hechos conocidos; es más: que ciertos hechos fisiológicos no pueden explicarse sino recurriendo á la doctrina de la «psiquis» espinal.

Una de las cosas sobre la que debemos parar más nuestra atención es la de fijar lo que pudiéramos llamar *tiempo psíquico,* es decir, el tiempo que emplean en desarrollarse los procesos materiales que sirven de base á la conciencia. Claro está que, en el estado actual de nuestros conocimientos, no podemos someter esta cuestión de un modo directo al método experimental; pero, así y todo, nosotros podemos hacer un cálculo *aproximado* sobre la duración del tiempo psíquico. Fundándonos en las cifras dadas sobre la duración del *tiempo de reacción consciente*, nosotros podemos, *deduciendo de aquel tiempo la duración de la conducción periférica y de la conducción á través de las fibrillas de la sustancia gris cortical,* averiguar el tiempo que tardan en desarrollarse los procesos básicos de la conciencia. Los cálculos que aquí exponemos no tienen más que un valor aproximado, dada la imposibilidad de fijar una cifra constante para el tiempo de reacción consciente y para el de la conducción central y periférica.

Para obtener el valor del *tiempo psíquico,* hay que restar del tiempo de reacción consciente, no sólo el de la conducción periférica, sino también el de conducción á través de las fibrillas primitivas de las células centrales. Simplificando el cálculo, y si representamos por 0,045″ el tiempo que tarda la excitación en recorrer el espesor de la capa gris cortical (Franck), y si tomamos la cifra 0,133″ como el tiempo de reacción consciente táctil, tendremos que 0,133″ —0,090″ = 0,043″ es el tiempo de conducción por los nervios periféricos. Pero realmente, esta cifra 0,043″ es demasiado elevada, no correspondiendo tan sólo al tiempo indicado; de 0,043″ hay que restar el tiempo *verdaderamente consciente central,* y la diferencia expresaría el valor cronológico de la propagación de la onda por los conductores periféricos. La fórmula siguiente, $T-(t+t')=X$, nos serviría para encontrar la duración de los procesos nerviosos que sirven de base á la conciencia. T es el tiempo de reacción consciente, t el correspondiente á la conducción periférica y excitación latente del músculo, t' el tiempo de conducción por la sustancia gris de la *pallium,* y X la duración del tiempo psíquico que nos proponemos encontrar. Ahora bien, si suponemos que el valor de t es próximamente de 0,033″ para el caso, por ejemplo, en que sea excitada

la piel de la frente, tendremos: 0,133″ — (0,033″ + 0,090″) = X; es decir, que el tiempo consciente es en este caso igual á 0,010″.

Haciendo el cálculo apuntado más arriba para las diversas sensaciones, se obtienen las siguientes cifras:

I. — VALORES MÍNIMOS			
Tiempo de reacción consciente.		Tiempo psíquico.	
ss. táctiles	0,133″	*ss.* táctiles	0,010″
» visivas	0,150″	» visivas	0,027″
» auditivas	0,136″	» auditivas	0,013″
» sápidas	0,150″	» sápidas	0,027″
» olorosas	0,200″	» olorosas	0,077″

II. — VALORES MÁXIMOS			
Tiempo de reacción consciente.		Tiempo psíquico.	
ss. táctiles	0,201″	*ss.* táctiles	0,078″
» visuales	0,224″	» visuales	0,101″
» auditivas	0,164″	» auditivas	0,044″
» sápidas	0,230″	» sápidas	0,107″
» olorosas	0,500″	» olorosas	0,377″

Al hacer el cálculo anterior se han determinado los valores máximos como si las cosas sucedieran de tal modo que el aumento, comparado con los valores mínimos, dependiese solamente del proceso consciente *en sí*, y no del aumento de los valores representados por t y t'. Lo que sí, insisto mucho en que no se confunda el *tiempo psíquico* (que también pudiera llamarse *consciente*) con el de *reacción consciente* y con el de *conducción á través de la corteza gris*. El primero corresponde de un modo exclusivo á un proceso psíquico, mientras que el último y una fracción del segundo corresponden á procesos fisiológicos no acompañados de epifenómenos psíquicos.

Por el cuadro anterior se ve que el tiempo psíquico ó consciente es variable, según los sujetos y según una serie de circunstancias que no voy á examinar ahora. La cifra 0,1″ dada por Richet (*Dict. de Physiol.*, t. III, pág. 9), no debe considerarse como la unidad de tiempo «cortical y psicológica»; en términos generales, esa unidad (si es que existe) es bastante inferior en duración á la señalada por Richet. James (*Principles of Psichology*, 1890, t. I, pág. 90) considera aquel tiempo como extremadamente rápido, y Patrizzi, en un hermoso artículo crítico (*El ritmo del cerebro*, en *Labor Nueva*, 1906, núm. 24), considera la cifra de 0,1″ «como excesivamente superior á la duración efectiva de la oscilación nerviosa». Patrizzi

llega á esta conclusión apoyándose en que Mach y Janet han establecido, respectivamente, que para que se perciban de un modo distinto dos impresiones auditivas, basta que medie entre ellas un centésimo y medio de segundo, y que los colores amarillo é índigo se distinguirían antes de llegar á 40 impresiones por segundo, en cuyo estadio comenzaría el *papillonement*. Patrizzi se apoya, además, en sus propias investigaciones, las que le demostraron que, para el oído, «se perciben bien separados uno de otro 25-30 golpes por segundo; para la vista, la sucesión de las chispas (valiéndose del interruptor eléctrico de Foucault), es clara hasta más allá de 20 por segundo; y que para el sentido del tacto, se perciben separadamente las excitaciones tactiles que se repiten con el ritmo de 25-30 por segundo». Según habéis visto—prescindiendo de las cifras que expresan algunos de los valores máximos, las cuales son demasiado elevadas por no haber hecho el cálculo teniendo en consideración todos los factores posibles, — y según el trabajo de Patrizzi, el *tiempo consciente* oscila entre límites bastante amplios, pero siendo su valor muy inferior á 0,1″.

Con toda seguridad que habrá ya muy pocos psicólogo-naturalistas que no den todo el valor merecido á estas palabras de Schiff: «...Or nous venons de voir que dans la sphère mentale, après que toutes les conditions connues, extérieures et intérieures, se trouvent réunies, il faut néanmoins un certain temps, jusqu'à ce que se produise l'effet, c'est-à-dire, l'acte mental; il me semble donc que nous pouvons conclure, avec tout le droit que nous en donne l'analyse scientifique, que le substratum de l'esprit est un être étendu et composé»; y no habrá tampoco muchos investigadores que duden de la afirmación de Herzen cuando dice «que la conciencia está ligada exclusivamente á la desintegración de los elementos nerviosos, y que su intensidad está en proporción directa de esta desintegración». *(Le cerveau et l'activité cérébrale.)*

Me parece una de las cosas mejor establecidas la de que el proceso cerebral consciente está ligado á una fase catabólica del protoplasma nervioso, después de cuya fase sobreviene otra de reparación ó anabólica, durante la cual el neuroplasma se vuelve inexcitable. Por analogía con lo que pasa después de cada contracción cardíaca (el corazón es menos excitable á seguida de cada contracción), podría designarse aquella última fase con la de *fase refractaria* del elemento nervioso.

Ya sabéis que este período refractario es de variable duración, según se trate de este ó del otro elemento: de 0,027″ para el tacto, alrededor de 0,044″ para la vista, de 0,003″ para el oído, etc. Si ahora consideráis los datos anteriormente apuntados, veréis que los *tiempos conscientes* sucesivos, es decir, el lapso de tiempo que dura

cada uno de los procesos catabólicos que sirven de *substratum* á la conciencia, están separados por el período refractario, de reparación ó anabólico; así, para las sensaciones táctiles tendríamos la siguiente sucesión:

0,010″	0,027″	0,010″
(Fase catabólica.)	(Fase anabólica.)	(Fase catabólica.)

y así sucesivamente; para las sensaciones luminosas:

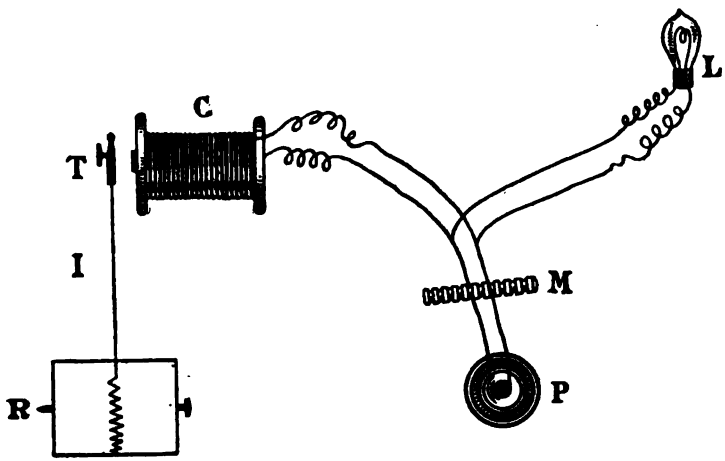
0,027″	0,044″	0,027″
(Fase catabólica.)	(Fase anabólica.)	

y para las auditivas:

0,013″	0,022″	0,013″

Calculando ahora cuántas de estas fases pueden sucederse en un segundo, tendremos para las táctiles *diez* procesos de desintegración y *diez* de reparación; para las visivas, 7 y 7; y para las auditivas, 19 y 19. Vuelvo á repetir en este momento que estas cifras nada tienen que ver con la «unidad psicológica» establecida por Richet.

En atención á lo dicho hasta ahora, expongo en este lugar de un modo sumamente concreto, sin entrar en detalles que aumentarían mucho la extensión de este trabajo, la conjetura de que lo que llamamos *signo local* de las sensaciones depende de procesos centrales; habría una verdadera localización central, la cual dependería de la rapidez é intensidad de los procesos materiales metabólicos de las células nerviosas.



El aparato que he construído, y con el que no pude hacer hasta ahora más que muy pocos ensayos, debido á la premura del tiempo, puede verse esquematizado en la figura anterior.

La corriente de la pila (P) se dirige en parte al carrete (C), y en parte á la lámpara (L). (En lugar de la lámpara pueden enlazarse los reóforos con un timbre eléctrico, ó con dos electrodos que se aplican á la piel ó á la mucosa de la lengua.) El tiempo es inscripto, por un estilete (I) que está unido al interruptor (T), sobre el cilindro registrador (R), que se mueve con mucha rapidez. Siempre que trate de emplearse el aparato, hay que contar, teniendo á la vista un buen cronómetro, el número de oscilaciones que da el temblador en un segundo. Finalmente, en M hay un manipulador especial que, á voluntad, rompe ó establece la corriente.

Al cerrar la corriente comienza á oscilar el interruptor, al mismo tiempo que se enciende la lámpara; y tan pronto el sujeto (él mismo establece la corriente) percibe la luz, interrumpe la corriente apretando el manipulador; ahora no hay más que contar el número de oscilaciones trazadas en el cilindro por el estilete I. En lugar del manipulador puede ponerse una dispositivo especial—una rueda dentada—que abra y cierre la corriente, con el objeto de estudiar el momento en que sobreviene el *papillonement*.

***

Si nos fijamos ahora en los datos que puede suministrarnos la inervación motora voluntaria, veremos que tampoco aquéllos confirman la pretendida realidad de la unidad psicológica. Patrizzi, fundándose en algunas observaciones de V. Kries, dice que «la voluntad vendría á tener dos ritmos diferentes para los movimientos voluntarios: uno de 10 vibraciones por segundo para las contracciones largas y sostenidas, y otro de 40 para los actos musculares de gran prontitud. En apoyo del ritmo de 10 vibraciones por segundo se citan las investigaciones llevadas á cabo acerca del número de movimientos que somos capaces de realizar en un segundo: de 10 á 15 golpes con la mano, según V. Kries (*Archiv. für Anatomie n. Phys.*, 1886, supplement Band., pág. 6); 11,4 movimientos de la articulación de la muñeca, según Byran (*American Journ. of Phsich.*, 1892, pág. 123). Sin embargo, las cifras son distintas para las distintas articulaciones, según la edad, profesión, etc. He aquí unas cuantas observaciones recogidas por mí:

Niñas de cinco á diez años: 5,13 á 5,25 movimientos de la muñeca. De diez á quince: 6,2. De más de quince: 7.

Niños de cinco á diez años: 5 movimientos de la muñeca. De diez á quince: 8. De más de quince: 8,6 á 10.

Movimientos de la articulación radio-carpiana derecha por segundo: de 6,5 á 10 en sujetos de más de veinte años.

Movimientos de la articulación radio-carpiana izquierda por segundo: de 5,3 á 5,7 en los mismos sujetos.

Movimientos de la articulación metacarpo-falángica derecha del quinto dedo: 4,7. Del lado izquierdo: 3,5 á 4,5.

Movimientos de la articulación metacarpo-falángica del índice derecho: 5,2. De la izquierda: 5.

Hay una marcada relación entre el tiempo de reacción consciente y el número de movimientos que puede realizar un músculo; así, á medida que aquél decrece con la edad, lo mismo en el sexo masculino que en el femenino (Herzen), va aumentando proporcionalmente el número de movimientos que puede realizar la mano; lo cual quiere decir que los estados voluntarios y conscientes son en lo esencial una misma cosa, formando estos dos elementos la unidad psicológica *voluntad conciencia*.

En el siguiente cuadro doy los tiempos de reacción consciente, tomados de la citada obra de Herzen, al lado del número de movimientos de la mano que encontré en sujetos de distinto sexo y edad.

SEXO MASCULINO		
EDAD	Tiempo de reacción consciente.	Número de movimientos.
5 á 10 años	0,538	5
10 á 15 años	0,336	8
Después de los 15 años	0,283	De 8,6 á 10
SEXO FEMENINO		
EDAD	Tiempo de reacción consciente.	Número de movimientos.
5 á 10 años	0,525	5,13
10 á 15 años	0,350	6,2
Después de los 15 años	0,365	7

Estos resultados vienen á confirmar la conclusión que Ribot saca en su libro *Les Maladies de la Volonté*, á saber: «que la volición no es más que un simple estado de conciencia»; y además, están de completo acuerdo con los datos suministrados por Herzen acerca del tiempo de reacción consciente en ambos sexos y en distintas edades. Por el cuadro anterior puede verse que el tiempo de reacción consciente es inversamente proporcional al número de movimientos realizados.

Por lo que respecta al número de sílabas pronunciadas en un segundo, obtuve las mismas conclusiones, habiendo observado á la

vez un hecho notable, á saber: que el número de sílabas pronunciadas en un segundo es mayor cuando el sujeto *lee* que no cuando el sujeto recita de memoria un párrafo bien conocido de él. Las jóvenes de diez á quince años son capaces de emitir hasta 9,6 sílabas leyendo, mientras que emiten tan sólo 8 cuando pronuncian una oración bien sabida. Los muchachos comprendidos entre diez y quince años pronuncian 9,5 y 7, respectivamente; y los mayores de quince años, de 10 á 12 en el primer caso, y solamente 9 en el segundo caso. *Esto quiere decir, á mi entender, que esa diferencia en el número de sílabas emitidas, según que el sujeto lea ó pronuncie de memoria un párrafo admirablemente aprendido, es la expresión del tiempo que dura el trabajo psicológico de la evocación.*

El ritmo de 40 vibraciones por segundo que señala Patrizzi para los actos musculares de gran prontitud, está, por otra parte, en perfecto acuerdo con el hecho de que si se excita con una corriente de inducción un centro cortical motor 40 veces por segundo, el grupo muscular inervado por el área excitada se contrae también 40 veces por segundo; pero si el número de descargas sube de 40, se provoca una especie de *papillonement* motor.

Sin embargo, aun de la afirmación que nosotros no podemos realizar más allá de 10 movimientos por segundo, no puede tomarse el décimo de segundo como la expresión del ritmo á que trabaja el cerebro. En efecto, como después de un impulso motor—impulso nervioso que supone la desintegración del protoplasma nervioso—sigue un período refractario durante el cual la célula se reintegra, se deduce que el tiempo que dura la acción central excitadora es bastante menor que un décimo de segundo: así, por ejemplo, admitiendo que los procesos basales de un acto voluntario tienen la misma duración que los que sirven de base física á la conciencia (lo cual es muy probable, como ya dijimos), ó mejor aún, admitiendo la unidad psicológica *voluntad-conciencia*, tendríamos para ciertos casos que el impulso voluntario tiene una duración de un centésimo de segundo, y que el intervalo entre impulso é impulso motor—período refractario, fase de reconstitución—dura veintisiete milésimos de segundo.

*
* *

Si comparamos el tiempo llamado *reflejo* con el *tiempo consciente*, observamos que aquél es mayor, en términos generales, que éste. Hoy por hoy no podemos sacar conclusión alguna, fundándonos en los datos adquiridos, sobre el valor del tiempo consciente espinal, para lo cual habría que descontar de las cifras 0,0662″ ó 0,0578″, dadas por Exner, el *tiempo de conducción* á través de la sustancia gris de la médula; cualquiera de los dos decimales anteriores sería

descomponible en dos sumandos, de los que uno representaría el tiempo de conducción ó *sodocrono*, y el otro el tiempo psíquico ó *psicrono* (0,0662″ = sodocrono + psicrono). Igualmente, para los fenómenos cerebrales conscientes tenemos: 0,090″ (*sodocrono*) + 0,010″ (*psicrono cerebral*) = 0,100″. Esta suma 0,100″, que podría llamarse *tiempo cerebral*, porque corresponde á procesos fisiológicos y psicológicos, es la análoga del tiempo reflejo.

Pero ya que no podamos sacar de aquí resultado alguno acerca de la naturaleza consciente de las reacciones espinales, estamos en el deber de encauzar nuestras pesquisas por otra senda distinta. Debemos indagar si, bajo la acción de condiciones experimentales bien definidas, el tiempo de reacción consciente y el tiempo reflejo guardan cierto paralelismo en las oscilaciones de su duración; y así, por ejemplo, me parece que si llega á demostrarse de un modo evidente que ciertas sustancias químicas ó agentes físicos modifican aquellos *tiempos* en el mismo sentido, acortándolos ó alargándolos, quedará perfectamente establecido que tanto el uno como el otro corresponden á procesos específicamente iguales. Si la sustancia A, por ejemplo, alarga el tiempo de reacción consciente y el tiempo reflejo, y si la sustancia química B acorta ambos tiempos, es indudable que estos efectos ssn debidos á que las mencionadas sustancias actúan sobre «dos cosas» que nos ofrecen las mismas reacciones. Yo haría el símil de estas *dos cosas* con dos materias albuminoídeas pertenecientes á la misma especie, que dan las reacciones generales de las sustancias proteicas, pero que difieren por ciertas propiedades de *raza*.

Ocurre, efectivamente, qne aquellos agentes físicos ó sustancias químicas que disminuyen ó alargan la duración del tiempo reflejo, disminuyen ó alargan también el tiempo de reacción consciente. El calor, que obra rebajando la duración del tiempo reflejo, hace también que las razas meridionales sean más *vivas*, más rápidas en todas sus reacciones; y al contrario obra el frío. También disminuye el valor del tiempo reflejo el crecimiento de la intensidad del excitante, é igualmente el tiempo de reacción consciente disminuye á medida que la excitación se va haciendo más intensa; el bromuro potásico y la morfina alargan lo mismo un *tiempo* que el otro; y, por fin, el adiestramiento, que obra rebajando la duración del tiempo de reacción consciente, viene á aproximar esta suerte de reacción á un acto reflejo. En atención, pues, á estos datos, que todos conocéis, estamos autorizados á pensar que el tiempo llamado reflejo debe descomponerse—como dijimos anteriormente—en dos partes: una correspondiente á la conducción por la sustancia gris de la médula, y otra que referiríamos, como en el cerebro, al tiempo consciente espinal.

Si una reacción medular coordinada tarda más en desarrollarse que una reacción cerebral homóloga, esto sería una prueba de que aquélla es consciente y de que los procesos catabólicos que le sirven de substrátum dinámico tardan mucho más en desarrollarse que los procesos cerebrales correspondientes; de aquí que las diferencias entre los fenómenos medulares y cerebrales conscientes se reducirían á *que aquéllos precisan para su despertar excitaciones más intensas, y en que tienen una curva más tendida, es decir, de desarrollo más lento.* Valiéndome de un símil, diría que la conciencia espinal y la conciencia cerebral son la una á la otra como dos cerillas, húmeda una y seca la otra: la primera necesita un frote más enérgico para encenderse, y, una vez encendida, la combustión marcha más lentamente.

***

De lo considerado en el curso de esta comunicación pueden tirarse las conclusiones siguientes:

1.ª Que los procesos materiales que sirven de substrátum á las actividades psíquicas de la médula no son despertados por las excitaciones que crecen de un modo paulatino, que se insinúan.

2.ª Para que una excitación éntre en el campo de la subconciencia debe tener aquélla una gran intensidad, comparada con la que se necesita para que haga irrupción en la esfera de la conciencia cortical.

3.ª Tanto el mencionado experimento de Golz como el de Tiegel no se oponen á la teoría del «alma de la médula»: el primero no hace más que indicarnos alguno de los caracteres diferenciales entre la *psiquis* espinal y cerebral; los resultados del segundo deben interpretarse en el sentido de que las excitaciones muy enérgicas, brutales, provocan la desorganización funcional coordinadora y consciente de la médula.

4.ª El *reflejo circular* no sólo tiene una señalada significación psicológica, sino que además demuestra (lo mismo que el *reflejo cruzado*) la impotencia de la teoría de la irradiación para explicar algunas reacciones reflejas; esto, además de que la variabilidad en la forma de la reacción viene á ser la expresión visible de la existencia de las facultades rozonadoras y conscientes de la médula espinal.

5.ª Que en las *sensaciones* llamadas *generales* entra en acción una *conciencia difusa*, es decir, el *alma integral* del individuo.

6.ª La fórmula $T - (t + t') = x$ nos sirve para encontrar el valor del *tiempo psíquico* ó *psicrono*; habiendo, por otra parte, necesidad de no confundir el *tiempo consciente* con el de *reacción consciente* y con el de *conducción* por la sustancia gris cortical.

7.ª Conforme sostiene Patrizzi, y conforme también se desprende de nuestros cálculos, no podemos considerar el décimo de segundo como la unidad de tiempo psicológica.

8.ª La duración del proceso catabólico que sirve de base físico-química á la conciencia, y la del *período refractario* (fase anabólica), es variable para las distintas sensaciones y según un gran número de circunstancias normales ó transitorias.

9.ª Se desprende de las cifras dadas por Herzen sobre la duración del tiempo de reacción consciente en los distintos sexos y edades, puestas en relación con los resultados obtenidos por mí acerca del número de movimientos de la mano, que existe una combinación indisoluble entre los elementos voluntario y consciente, formando la unidad psicológica *voluntad-conciencia.*

10. Por lo que respecta al número de sílabas emitidas en un segundo—haciendo *leer* al sujeto, y haciendo luego que repita *de memoria* una oración bien conocida de él,—obtenemos una cifra más elevada en el primer caso, lo cual demuestra que el fenómeno de la *evocación nemmónica* absorbe cierto tiempo.

11. De las variaciones consensuales que experimentan los tiempos reflejo y de reacción consciente bajo la acción de determinados agentes físicos y de ciertas sustancias químicas, se deduce que el tiempo reflejo y el de reacción consciente corresponden á procesos específica y fundamentalmente iguales.

12. Según lo dicho en los números 3, 4 y 5 respecto al carácter consciente de las reacciones medulares, y según la conclusión número 11, el tiempo reflejo es la suma del *sodocrono* y del *psicrono* medular.

13. Los procesos basales de la conciencia espinal ó subconciencia no sólo precisan para despertar excitaciones más intensas, sino que, una vez iniciados aquéllos, resultan de mayor duración que los procesos cerebrales homólogos.

14. Finalmente, nos queda por resolver si todos los movimientos espinales van acompañados de fenómenos de conciencia. La respuesta es negativa, fundándonos para ello en lo que hoy sabemos de las funciones medulares, y juzgando por analogía con lo que ocurre en el cerebro. De aquí que habría que separar las reacciones medulares en dos grupos: el grupo de las reacciones conscientes y el de las reacciones puramente reflejas. ¿No se comprende, efectivamente, que una excitación de cierta intensidad, *suficiente para provocar un movimiento,* no sea capaz de conmover el resorte material de la conciencia?

EL ESQUEMA DEL PROFESOR GRASSET Y LOS FENÓMENOS DEL PSIQUISMO CONTEMPORÁNEO

POR EL DR. D. ANTONIO GOTA

Ha publicado estos últimos años el insigne clínico de Montpellier cuatro, por lo menos, importantes volúmenes, donde vienen reseñadas una porción de lecciones clásicas de sumo interés. En los libros, como en todas las demás producciones del eximio neurólogo, resalta un penetrante espíritu crítico y una gran claridad de exposición en todo lo que no sea el actual psiquismo científico.

Sus famosas lecciones de fisiopatología nerviosa dan comienzo por el estudio de la neurona (1). El *reflejo*, base fisiológica del sistema nervioso, corresponde á la neurona, base histológica del mismo. A los *plexos*, más ó menos repletos de neuronas, pertenecen *plexos de reflejos* paralelos. A los *reflejos simples ó complejos* conciernen actos automáticos, sometidos siempre á un riguroso determinismo. Son éstos enteramente distintos de los actos voluntarios, libres y conscientes, que forman para el profesor Grasset el *psiquismo superior*. Los otros constituyen el *psiquismo inferior*. De manera que admite—teóricamente hablando—el sabio maestro *dos psiquismos*, según se desprende del estudio detenido de sus admirables obras.

A cada categoría de *reflejos* corresponden diversos grupos de *centros ó plexos* de neuronas, gradualmente escalonados, y tenemos:

1.° Centros de *reflejos simples*. Localizados en la medula y bulbo.

2.° Centros de *reflejos superiores*. Automatismo inferior. Situados en el mesocéfalo y en las demás zonas basilares.

3.° Centros de automatismo superior. Psiquismo inferior. Asentados en la corteza cerebral.

4.° Centros de psiquismo superior. Conciencia, personalidad y libertad. Fijados como los anteriores en la corteza del cerebro, pero en zonas anatómicamente distintas.

En el esquema distinguimos (2):

El centro O (véase la figura). Centro psíquico superior, que simbólicamente representa el asiento del Yo consciente y responsable. Lo forman un buen número de neuronas.

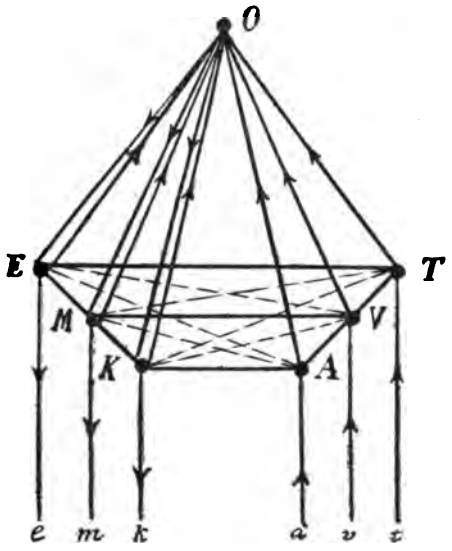
Los centros automáticos superiores, que figuran en los puntos negros del polígono A U T E M K, son sensitivos los de la derecha y motores los de la izquierda.

---

(1) *Anatomie clinique des centres nerveux*, par le Dr. Grasset. Deuxième édition. Baillière et Fils, année 1902. Paris.

(2) *El hipnotismo y la sugestión*, Dr. Grasset, pág. 10. Madrid, Daniel Jorro, 1906.

Unos y otros (centros) de la sustancia gris de las circunvoluciones están entre sí enlazados por fibras transcorticales (intrapoligonales), unidos á la periferia, bien por vías centrípetas (subpoligonales), como las *a* A, *v* V y *t* T, ó por vías centrífugas, como las E *e*, M *m* y K *k*, y en relación con el centro superior O, por fibras (suprapoligonales), unas ideo-sensoriales, centrípetas, y las otras ideomotrices, centrífugas (1).



Nuestra conciencia, al decir de Grasset, no actúa con los esenciales caracteres de los actos poligonales ó automáticos superiores. Se tornan éstos conscientes, agregando la actividad de O (tabernáculo de la conciencia personal) á la actividad del polígono. Los actos poligonales son psíquicos, porque en ellos existen indicios, cuando menos, de memoria psíquica.

Los centros del psiquismo inferior ó automáticos superiores corresponden á los términos usados por Myers y otros distinguidos psicólogos (2), como veremos, para designar al subconsciente ó al inconsciente.

---

(1) Diferentes centros del esquema: A, Centro auditivo. Corteza de las circunvoluciones temporales. V, Centro visual. Corteza de la región calcarina. T, Centro táctil (sensibilidad general). Corteza de la región peri-rolándica. K, Centro kinético (movimientos generales). Corteza de ídem. M, Centro de la palabra. Corteza del pie de la tercera frontal izquierda. E, Centro de la escritura. Corteza del pie de la segunda frontal izquierda.

(2) *La personnalité humaine*, F. Myers, pág. 184. Félix Alcan, 1906. París.

La actividad poligonal no es consciente por sí misma; lo es cuando con ella coopera el centro O, á pesar de ser de naturaleza psíquica.

***

Encontramos la memoria, dice Grasset, en todas las neuronas (memoria celular). En conjunto, las memorias celulares forman, en el estado normal del sujeto, un todo armónico.

Es muy difícil estudiar el automatismo superior (poligonal) en el estado ordinario de la vida de la persona. En cambio en los estados hipnóticos, en las fases extrafisiológicas del sujeto, se le puede analizar fácilmente. En cuanto á él se agrega la actividad de O, ya ha cambiado por completo.

El sueño, la distracción y otros aspectos de nuestra existencia permiten inspeccionar el polígono al abrigo de todo trastorno proviniente del centro O, porque tienden dichos estados á desagregar á éste de los demás. Cada centro funciona entonces por propia cuenta, sin cooperar uno y otros, y el polígono, aislado en absoluto, se hace accesible al más nimio análisis psicológico.

Esta disociación es exclusivamente fisiológica, normal.

Sustenta el profesor Grasset que el polígono, en su actividad misma (1), y durante la fase inconsciente de la vida de la persona, *nada nuevo* revela. Lo único nuevo pertenece al centro O. (Esto nos trae á la memoria el Yo del hábito y el Yo de reflexión de Condillac.) Así es que instinto, pasión y espíritu gregario no serían otra cosa que productos de la actividad poligonal, hallándose distraído el centro O ó marchando á remolque.

El sabio maestro sostiene que el polígono no *crea* durante el sueño natural, sino que *rumia* (*rumiation* inconsciente de Ribot), de modo que hasta aquí todo le parece normal. Pero en el sueño provocado, en la hipnosis, el polígono ya no es normal; tampoco patológico, sino extrafisiológico. Los caracteres psíquicos de este aspecto de la persona son: disgregación suprapoligonal acompañada de acentuada maleabilidad del polígono ante el centro O del hipnotizador, que reemplaza al centro O del hipnotizado. El particular estado de hipersugestibilidad de la persona favorecería dicho reemplazamiento.

Sugestión y persuasión no son sinónimas. El sujeto en la persuasión *consiente* con su centro O. En la sugestión, en nada interviene el referido centro. Éste tiene más poder en el hipnotista que en el hipnotizado. ¿No opera el primero sobre funciones del segundo sustraídas á la acción de la voluntad? No es el crédulo en tal caso el

(1) *El hipnotismo y la sugestión*, Grasset, pág. 18, 1906, Madrid.

elemento sugestible, no; el centro O es el verdadero crédulo, y el polígono el sugestible.

La desagregación del centro O y del polígono es muy frecuente; tanto, que se puede asegurar que todos los diversos sistemas de neuronas funcionan, ora en colaboración, ó bien separadamente. Sus combinaciones y asociaciones varían al infinito.

La operación que más favorece el análisis del psiquismo poligonal es la hipnosis.

Principalmente se reduce este psiquismo á la memoria misma, que va de una á otra fase del sueño provocado, pudiendo también encontrarse en el sueño natural. Es el propio acto sugestivo en que obedece el sujeto instantáneamente á cuanto se le ordena. Es la noción de los diversos *estados de conciencia* con sus especiales memorias, sus inclinaciones distintas, sus conceptos particulares, sus sensaciones, tendencias y sentimientos, expresados en cada estado. Es el trascendental fenómeno del exacto cumplimiento del mandato á plazo fijo. Es el hecho psicológico realizado de la alucinación negativa. Es, en fin, ese aspecto de la vida de la persona en quien surge potente una idea almacenada ha mucho tiempo en su polígono, que se hace dueña de todo su campo psíquico.

Disocia el hipnotista el polígono del sujeto en el sueño artificial, dejándolo en una relativa libertad, y entonces en ese grado más ó menos profundo de sueño construye su novela, recita su historia y arregla su escena, como suelen hacerlo el sonámbulo espontáneo ó el sujeto que se desdobla, en virtud de la inconsciente cerebración.

En el automatismo parlante, en el sonambulismo motor y en la escritura inconsciente, existe:

1.° Disgregación poligonal (supra).

2.° Crisis activas paroxísticas de la zona motora del polígono que se ha emancipado.

Como quiera que al despertar del estado sómnico se halla el centro O del individuo ya relacionado con su polígono donde yacían una porción de recuerdos depositados durante las crisis activas, no puede descubrir el origen de ciertos pensamientos é ideas, que llega á tomar como suyas.

Estos fenómenos psicológicos dieron motivo al ilustre Grasset á aplicar su teoría al colosal asunto de la *inspiración del genio*.

La inspiración automática de Chaban y Ribot le repugna, porque cree que la instantaneidad é impersonalidad son misteriosos caracteres hallados en los dos psiquismos. La inspiración lo mismo sería obra del centro O como del polígono. Pero luego rectifica, y dice: el centro O *crearía* y el polígono *rumiaría*. Y como la intervención del uno para con el otro á cada momento cambia, resultarían los más diversos tipos, tanto equilibrados como desequilibrados, no co-

rrespondiendo el equilibrio más perfecto con la superioridad mental, sino al contrario, implicando el genio cierto desequilibrio. Habría, pues, genios en que predominara el centro O, y otros poligonales.

***

Penetrando en el vasto dominio morboso, se comprueba que lo que más distingue á las locuras es la alteración del centro O, pudiendo permanecer sano el polígono.

En el automatismo ambulatorio de algunos vesánicos existe disgregación supra-poligonal ó hiperkinesia poligonal además, surgiendo con tal motivo variedades diversas según el grado de disociación y el estado de las comunicaciones centrípetas KO, MO y EO.

Por las mismas particularidades de la memoria se originan los tipos: epiléptico, histérico y neurasténico.

Tengamos en cuenta, dice el profesor Grasset, que la actividad íntegra de la corteza cerebral es psíquica, actividad combinada ó aislada, del polígono y del centro O.

El exclusivo funcionamiento de O es mental. Es la actividad *superior* psíquica.

Es enfermedad mental para el autor aquella en que el funcionamiento de O está alterado.

Esta alteración del centro O la distingue del hipnotismo.

Dicho centro en la hipnosis ha abdicado su dirección, está separado de su polígono. Pero no está enfermo, como en la locura. Cuando cesa el sueño provocado y el hipnotizador no ejerce influencia alguna sobre el centro O del hipnotizado, vuelve este centro á encargarse de la dirección de su polígono.

Las enfermedades psíquicas no mentales se aproximan al hipnotismo por el hecho de que O no está alterado, como sucede en tal estado.

La histeria sería una enfermedad poligonal. Si degenera en vesania es que ha habido participación con el centro O. Muchas de sus manifestaciones más elevadas, más complejas, más psíquicas, son puramente poligonales. Luego la histeria no es enfermedad mental por esencia.

Los *tics* son bulbo-medulares, poligonales ó mentales. Los poligonales comprenden los movimientos coordinados, rítmicos y repetidos de cualquiera de las tres clases de zonas que presiden los centros motores señalados en la figura. Poseen éstos los caracteres del psiquismo automático.

El clínico eximio considera al sonambulismo y al automatismo ambulante como estados morbosos; en el primero encuentra crisis

hiperkinéticas poligonales dependientes de un especial nervosismo del sujeto, y en el segundo aprecia crisis más complicadas que indican un aspecto morboso de la persona muy próximo á las psiconeurosis.

Pueden aplicarse á las lesiones de la corteza cerebral las precedentes nociones. Efectivamente, en las parálisis existen ciertos estados de movimientos automáticos asociados. En las afasias otros estados automáticos del lenguaje, ora poligonales, bien sub-poligoñales ó supra-poligonales.

En contraposición á los estados morbosos á que el catedrático citado se refiere tratándose de su polígono, están los estados fisiológicos llamados distracción y sueño natural. En la distracción hay una continua é independiente actividad de los dos psiquismos; en el sueño se destaca más bien una muy marcada actividad poligonal.

Entre los estados fisiológicos y patológicos señala Grasset en su libro un intermedio estado, la hipnosis, fase extra-fisiológica de la vida del sujeto, de la que ya nos hemos ocupado.

Falta, por último, detenernos en cuanto afecta á los hechos del psiquismo científico.

Después de recorrer Grasset la historia del mismo, analiza su especial fenomenología, resumida por el Dr. Encause en su reciente obra (1) y por el profesor Richet, de París, en su inaugural discurso en la Escuela Psicológica (2), bastándole á aquél la sola lectura para determinarse en sentido favorable á la transmisión del pensamiento, á la telepatía, á la exteriorización de la sensibilidad y á otros hechos, pero que para él, lo mismo que deben ser científicamente discutidos, pueden ser científicamente refutados, porque las leyes sobre que se basan no están para Grasset establecidas por la ciencia.

Estos hechos, para el profesor referido (reservados, como dice, á la ciencia del porvenir), deben interesar al médico en primer término, porque entran de lleno en el campo de la biología humana y á ella pertenecen de hecho y de derecho. Descartando Grasset lo que hubiera en ellos de fraude, alucinación, error ó superchería, como sucede en todo cuanto el hombre interviene, hay, dice, una gran parte de los mismos que entra en un capítulo apenas hoy conocido de fisio-patología de los centros nerviosos. El capítulo del psiquismo inferior ó automático, del automatismo superior y de la actividad poligonal (3).

***

(1) *Traité de Spiritualisme expérimental.* Dr. Encause, 1904, París.

(2) *Cinquième Reouverture des cours de l'Ecole de Psychologie. Presid. Jules Voisin de la Salpêtrière*, 1905, París.

(3) *L'Occultisme hier et aujourd'hui.* Grasset, pág. 114; 1907, París.

Hemos reducido, hasta donde nos ha sido posible, la exposición de las diversas ideas que relaciona el anciano clínico con su esquema.

No es otra cosa nuestro bosquejo que un pálido reflejo del original, y tememos que su exagerado tecnicismo llegase á fatigar demasiado la atención de los lectores, no acostumbrados á estos vocablos; pero no es la culpa nuestra, y tenemos que concretarnos á las mismas palabras del autor con objeto de evitar erróneas interpretaciones.

¿Qué debemos pensar acerca del esquema del famoso neurólogo?

En lo que respecta á mi modesta opinión, he de decir que el polígono del profesor de Montpellier es así como el esqueleto desnudo de su teoría famosa sobre los diversos fenómenos que comprende la psicología actual; y del mismo modo que el esqueleto de un animal es un diseño perfecto de los distintos órganos constitutivos de su cuerpo, responde muy bien el esquema á los diferentes hechos psicológicos que ahora se estudian, analizan y clasifican.

La reseña que hace el profesor de muchos de ellos nada tiene de original, pues el eminente maestro M. Pierre Janet diez y siete años antes ya había expuesto en su obra *L'Automatisme psychologique* una detallada descripción de aquellos fenómenos.

La importancia del polígono bajo el punto de vista docente no deja lugar á duda. Exige la enseñanza de la psicología contemporánea que todo el conjunto de detalles que nos ofrece un sujeto complejo, un sujeto de una extremada delicadeza de su sistema nervioso, pueda concretarse á unas cuantas líneas directrices, de la misma manera que se señala por medio de jalones un camino en construcción, y esto es precisamente lo que ha sabido hacer el ilustrado catedrático con su esquema. La citada figura no es otra cosa que un símbolo, un emblema, la divisa que nos da á conocer á la ligera el complicado funcionalismo psíquico que el polígono, con su centro O y las respectivas líneas que los unen, son representaciones gráficas que, como los jalones precitados, conducen á la juventud médica, no acostumbrada todavía al estudio del moderno psiquismo, por muy buen camino.

El que haya estudiado y, mejor aún, observado esa serie de hechos de que el insigne profesor Grasset se ocupa, comprenderá, libre de todo espíritu de escuela, que se han multiplicado los senderos que conducen á un conocimiento más cabal de la naturaleza que hasta ahora teníamos; por esto las palabras alma, conciencia, inconsciencia, espíritu, subconciencia y subliminal, como polígono y centro O, son diversas formas de un solo concepto que, como los distintos vocablos de un mismo idioma, significan una misma cosa. Para el novicio que apenas vislumbra los fundamentos de una nue-

va ciencia necesita un especial método por el que pueda interpretar fielmente los hechos que analiza, y el esquema del octogenario clínico es el mejor medio para hacer comprender el fenomenalismo á que aludimos.

Sintetizando sus estudios sobre el psiquismo, podemos reducir en último término á dos los centros de la corteza del cerebro, y son:

1.° Los centros superiores. Centro apercepcional de Wundt. Centró O del esquema.

2.° Los centros poligonales. Centros de psiquismo inferior.

Ahora bien: la originalidad en la designación de los mismos no es debida al Dr. Grasset, sino que antes que él otros profesores distinguidos hacían indicación en sus obras de los centros referidos.

M. Myers dice á este propósito (*Human Personality*, I, 194): «Elijo este punto con objeto de discutirlo ampliamente; sé que la inteligencia, que implica alguno de los efectos vaso-motores de la sugestión, tiene su exacta correspondencia en las facultades centrales del individuo, y es seguro que sus *centros psíquicos superiores* no pueden menos de entrar en juego». Luego añade: «En los casos de conciencia doble, los centros subliminales de superior jerarquía (psiquismo inferior) entran en una extraordinaria actividad á beneficio de condiciones ó circunstancias ignoradas». De modo que el difunto Myers establecía ya, con anterioridad á Grasset, esa diferencia entre los centros conscientes y los centros subliminales, que fijaba en dos, como este último, sus centros de psiquismo: uno inferior y superior el otro. Diferencia que, una vez fallecido el sabio profesor de Londres, tuvo buen cuidado en consignar sir Huglings Jackson, rector de la Universidad de Cambridge, en la obra póstuma de Myers. Nota publicada en la *Revue Scientifique*, de París, de Marzo 27 de 1902, por el profesor Paul Mangin, que había leído en la revista inglesa, del mismo mes y año, *Contemporary Review*, antes por supuesto, de publicarse esta última (1) obra, y que también debió recoger Grasset.

Al señalar el centro superior de la corteza cerebral, hace indicación Grasset del centro O, de ese centro para él de conciencia cabal, íntegra, entera (centro supraliminar de Myers); pero tal conciencia, como la entiende el profesor de Montpellier, no existe, es un mito, al decir de los más eminentes psicólogos, y, lejos de admitirla, afirman, como sostenía Myers, que fácilmente se fragmenta y cambia; esa conciencia no es más que una fase, un aspecto, una parte especializada de la conciencia normal. Luego al sustentar Grasset en su libro la existencia de esa conciencia cabal, no sola-

(1) El profesor Huglings Jackson se encargó de la publicación de la obra referida, y antes escribió un artículo en *Contemporary Review* acerca de los centros psíquicos de Myers.

mente ha interpretado mal el concepto asignado por Myers á la conciencia individual á que se refiere en su *Human Personality,* sino que se expresa más bien como médico que como psicólogo en lo que afecta á los hechos mentados, y hay que comportarse, mejor que como médico, como psicólogo con los mismos.

La falta de espacio me impide decir todo lo que quisiera respecto de lo poco que tienen de absoluto muchas de las afirmaciones del famoso neurólogo, y que analizadas en conjunto podemos refutar en menos tiempo que si las examináramos una por una.

La concepción del ilustre médico sobre los centros psíquicos no puede ser más halagüeña; su esquema resulta muy cómodo, pero los hechos no se explican de la misma manera; hasta ahora no ha sido la figura más que una apariencia, porque no ha llegado todavía el citado profesor á demostrar la realidad de las cosas. El polígono de Grasset es una teoría por hoy más ó menos aceptable; mañana nadie se acordará de ella; y son las teorías tanto más superficiales cuanto resultan mejor presentadas, y esto ocurre con el esquema consabido.

En cuanto á la mayoría inmensa de los fenómenos más diversos incluídos en el psiquismo contemporáneo, perfectamente conoce el insigne clínico, y no sería necesario decirlo, que la exactitud, la existencia de los mismos, es menos oscura que su esquema.

Apliquemos las nociones del eximio catedrático á ciertos hechos físicos, y saquemos las oportunas consecuencias.

*
* *

Respecto del *Wiling Game* de los ingleses, que no es otra cosa que el antiguo *cumberlandismo*, sostiene el antiguo profesor de Montpellier que necesita el guía una cantidad de fuerza inconsciente (suponiendo bien dotado á éste), que pone á disposición del sujeto (buscador). El polígono del guía, orientado por el centro O, dirige el polígono del sujeto (en estado de inactividad dicho polígono). Para obtener buenos resultados—dice Grasset,—conviene que existan inversas facultades entre el sujeto y el guía. Un individuo cualquiera, interpuesto entre los dos, puede servir de transmisor inconsciente. El célebre Pickman y otros lectores del pensamiento hacen *cumberlandismo* sin contacto. Entonces, ¿cómo nos explica el celebrado catedrático la producción en tales casos del singular fenómeno psíquico?

No es para Grasset anticientífica la clarividencia, porque sabe que la opacidad de los cuerpos—y así se ha expresado (1)—es una

(1) *Revue des Deux Mondes.* Grasset. Livraison du 15 Novembre 1905. Paris. Enquête sur l'Occultisme.

muy relativa propiedad, como lo demuestran las experiencias radiográficas; pero falta establecerla por la ciencia—agrega—de una manera indiscutible. Con el sujeto Ferroult tuvo ocasión de convencerse, como han hecho una buena porción de hombres de ciencia tan eminentes como él, y no se determinó á observarlo.

Cuenta la telepatía, según el doctor referido, un gran número de admirables hechos; pero sostiene que, en vista de las evocaciones y asociaciones tan frecuentes de la memoria poligonal, nunca se podrá ser demasiado severo en la crítica de todos estos fenómenos.

La transmisión del pensamiento no está para el autor plenamente demostrada, á pesar de las categóricas conclusiones sobre tal fenómeno psíquico de la Sociedad Dialéctica de Londres; no obstante la hermosa obra del profesor de Varsovia Jullien Ochorowitz *La Suggestione mentale;* en contra de las famosas experiencias del Dr. Marianelli, de Padua; sin embargo del tan elogiado libro del catedrático de Fisiología de Berlín, M. Karl du Prel; de las afirmaciones del profesor de Anatomía patológica de Turín, Dr. Pío Foa; de los estudios experimentales de M. Joseph Maxwell, de la Facultad de Medicina de Bordeaux; del ilustre Lindsey Jonhson, de la Universidad de Oxford, y del eminente fisiólogo M. Charles Richet, de París, que proclaman, sin ningún inconveniente, la realidad de estos fenómenos. Y cuantos médicos hemos experimentado con el hipnotismo nos hemos encontrado en ó muy cerca de esta demostración.

En cuanto á la exteriorización de la sensibilidad y á otras semejantes experiencias, mantiene su opinión el anciano clínico de que en todas ellas existe un polígono director, y otro ú otros polígonos dirigidos. El polígono más activo sería el del sensitivo, y cree además que pudiera haber toda una gama de polígonos en los asistentes. En tal caso, el sensitivo, como desagregado poligonal, presentaría en una de sus extraordinarias actividades series de transformaciones interesantes, como en los casos de doble conciencia; sucesiones de estados extrafisiológicos para volver á su *inicial actividad consciente*, es decir, á su Yo normal. Y concluye diciendo el eximio neurólogo «que en las experiencias de que se trata todo depende de la mayor ó menor perspicacia del sujeto». Pero ¿no afirma el citado profesor en su libro (1): «nos hallamos en presencia de ideas inconscientes», como sucede en el *Willing game* de los ingleses? Luego se contradice el insigne clínico, por el hecho de que todo sujeto perspicaz debe ser consciente.

Niega el Dr. Grasset la existencia de una fuerza de naturaleza psíquica en la hipnosis para producir ciertos fenómenos. Si así no fuera, ¿cómo tendrían lugar las vesicaciones sugestivas, los efectos

(1) *El hipnotismo y la sugestión*. Grasset. Págs. 27 y siguientes.

vaso-motores, la influencia trófica de la voluntad del profesor ó del mismo sujeto, la mayor acuidad de los sentidos, el metabolismo protoplasmático anormal y una infinidad de fenómenos observados durante el hipnotismo trascendente?

Para ciertos desdoblamientos de la personalidad, como los curiosos casos de Adam, Gavarret, Paoli, Nicéforo, Encause y Martinesko, contesta Grasset á las objeciones de Mangin y Maxwell, diciendo: que el asunto es por ahora muy oscuro (1), y que su resolución incumbe á la ciencia del porvenir.

Es verdaderamente singular la acusación de místico (2) que le dirige el fisiólogo alemán Wundt con su sátira humorística, en la que le ruega tenga á bien indicarle en qué casos ocurren esas bajas inclinaciones é insinuaciones malévolas de que es objeto el centro O.

En las obras de Grasset no encontramos la discusión de un solo hecho seriamente observado por él mismo; de esos hechos que á diario se están comprobando en los gabinetes de los sabios. En su fraseología, en su estilo, no hemos podido apreciar ni una sola palabra que nos diera á comprender una noción concreta, un pensamiento siquiera en el que hiciera la menor manifestación sobre la realidad de los fenómenos englobados en el psiquismo moderno. En las últimas obras del profesor citado, si hemos de ser sinceros, hay una confusión espantosa sobre estos fenómenos. ¿Los hechos que se discuten son ciertos? Tal es el modo como debe plantear el problema el ilustre neurólogo, y no buscar rodeos para salirse del asunto que ha de dilucidar; cuestión que como hombre de ciencia está obligado á examinar, á analizar detenidamente. Todo lo demás es andarse por las ramas.

Esa misma intensificación (comprobada por una infinidad de psicólogos) que adquieren en determinados momentos las facultades no sólo sensitivas, sino mentales de ciertas personas durante la hipnosis, en manera alguna puede explicarse por la hipótesis poligonal de Grasset, por cuanto el hipnotizador, según esa teoría, no ha hecho más que disociar el psiquismo inferior del superior, y desagregados los dos psiquismos del sujeto, el trascendental fenómeno que mentamos no puede tener lugar, no se produce.

Encontramos en la obra de M. Maxwell (3) algunos comentarios acerca de la actitud del insigne catedrático respecto de estos hechos. En la página 299, párrafo 6.°, leemos: «M. Grasset me pardonnera la vivacité de ma critique; je considère ce savant comme un des

(1) *L'Occultisme*, pág. 296. 1907. París.
(2) *Hipnotismo y sugestión*. Wundt, Keller. 88, 1905.
(3) Maxwell. Edit. 1906. París.

esprits le plus ouverts, les plus élevés que la Médecine française possède, et je le conjure d'opérer comme je l'indique. Il constatera ce que j'ai constaté, ce que tant d'autres ont constaté.» De cuyas frases puede deducirse que ha procedido el clínico de Montpellier, al idear su teoría poligonal y aplicarla á los fenómenos que nos ocupan, muy de ligero. Más adelante agrega el médico de Bordeaux: «M. Grasset *n'avait pas lu* les experiences dont il parlait. De telles imprudences, pardonnables chez un jeune médecin, sont indignes d'un Grasset.» Lo que viene á demostrar que el mismo celebrado neurólogo se ha colocado en una actitud desairada.

Los estudios psicológicos de los profesores Porro, Maindeley, Maxwell, Mangin, Cécil, Husk, Osgood, Madson y Barrett, presidente este último de la Society for Psychical Research, nos ponen en evidencia que el hombre es un sér complejo con funciones jerarquizadas, en el cual nuestra limitada inteligencia «ha llegado á distinguir unidas la parte orgánica y la parte psíquica en indisoluble síntesis», pero que desconoce por completo su mecanismo mental. Esos mismos estudios nos han demostrado la existencia de un tálamo latente: de un fondo de la conciencia donde descansa el Yo; de un suelo de la personalidad, del que brotan en no muy bien determinadas condiciones una serie no interrumpida de actividades sorprendentes. Este tálamo oculto de la inteligencia humana, han dado en llamarle los psicólogos *conciencia subliminal*, que no está únicamente constituída por lo que la actual psicología clásica designa la *subconciencia*. Fase de la vida de algunos sujetos, que no se percata para la mayoría de los psicólogos, menos para Grasset, más que de las nociones anormales, de los conceptos recogidos por los modos de percepción no conocidos hoy por la ciencia oficial, pero que lo serán mañana. Del fondo de esa singular conciencia manan en determinados individuos facultades sorprendentes en estado rudimentario y de una manera pasajera, estado complejo que no ha tenido en cuenta el Dr. Grasset al aplicar su teoría del esquema á todos absolutamente los fenómenos psíquicos, tanto normales como anormales, muchos de los que desconoce el octogenario clínico. Se ha representado aquella *conciencia subliminal* por ciertos sabios, por una muy acertada imagen, como lo es la de un navío que ocultara en su cala una infinidad de cosas preciosas, y la porción que emergiera del agua representaría á aquella conciencia que han llamado estos últimos *superliminal*. Se halla esta conciencia á ambos lados de la cala desde el nivel del agua hacia arriba, descubriéndose más ó menos según el estado de agitación de las olas. La *conciencia subliminal*, aún poco conocida, posee «facultades supernormales», misteriosas, á las cuales se ha dado el nombre empírico de telepatía, clarividencia, telestesia, psicometría, etc.

Sírvanos desde ahora el esquema de Grasset para estudiar ese mundo oculto que en sí cada hombre lleva. Mundo no sospechado por dicho profesor, que en nosotros funciona sin descanso, y que debe ser observado con más interés del que ha inspirado hasta el momento actual.

La escasa influencia que las críticas de los más respetables sabios ha ejercido sobre el pensamiento contemporáneo, no ha interrumpido las diversas investigaciones en el dominio de las ciencias psíquicas. Estamos bien seguros de que todos aquellos que como el médico de Montpellier han razonado siempre del lado de la cuestión que se trataba de analizar, sin detenerse á comprobar los hechos, no admitiendo más que los que podían explicarse por la ciencia de cada época, consideraban á los demás como fraudulentos, erróneos ó utópicos. Tales hechos, al decir de una buena porción de ilustres observadores, no son utopia, fraude ó error, y las tercas denegaciones de científicos esclarecidos, como el insigne neurólogo, no han dado motivo más que para un solo efecto: para quitar á toda manifestación del pensamiento de aquellos investigadores toda significación seria, todo valor, toda influencia formal. Lo que es verdaderamente cruel y molesto para los que negaron los hechos y para el público en general (mal informado por seguir ciegamente cuanto no han sabido aclarar los sabios con sus prejuicios), y llegan á ser víctima los hechos de referencia de charlatanes ó de iluminados, hasta que otros experimentadores menos científicos, pero más circunspectos y mejor informados, han sabido demostrar su positiva existencia.

EL ICTIOL EN LA BLENORRAGIA DEL HOMBRE

Por Hipólito Guiu y Gutiérrez

Profesor del Instituto de Terapéutica operatoria y de la Beneficencia municipal.

Desde los tiempos más remotos ha sido la blenorragia objeto de las más variadísimas interpretaciones respecto de su terapéutica por la rebeldía y marcha caprichosa y desesperante que en ocasiones tiene, pudiendo asegurar que no hay entidad patológica que pueda presentar una lista de remedios tan enorme como ella.

Es de las enfermedades que más fácilmente hacen prosélitos en sus métodos curativos, llegando fácilmente á rutinas y empirismos que con carácter de escuela se observan en diversos países y en determinados especialistas.

Por desgracia, la experiencia derrumba en un momento los castillos de naipes creados al calor de varios éxitos, cuyo conjunto llegó á constituir doctrina y viene á corroborar que en esta enferme-

dad, como en todas, no pueden existir exclusivismos; no hay más que el criterio clínico aplicado á cada caso, teniendo presentes siempre las condiciones del sujeto más que las de la enfermedad.

Desechados los tratamientos abortivos por bárbaros, así como los procedimientos sistemáticos de inyecciones, instilaciones, candelillas, balsámicos, etc., vamos á dar la pauta del tratamiento de la blenorragia tal como nuestra experiencia personal de bastantes años nos ha sugerido.

Período agudo.—Nunca olvidaré las sapientísimas conferencias clínicas que á un grupo muy reducido de escolares y médicos jóvenes nos daba el eminente venereólogo D. Eusebio Castelo en el antiguo Hospital de San Juan de Dios.

Se presentaba un enfermo con facies contraída, miembro edematoso, flujo sanguinolento y micción imposible; después venía otro con cistitis agudísima; un tercero con orquiepididimitis intensa; la primera pregunta que les hacía era ésta:—¿Se ha dado usted alguna inyección, ó le han sondado?—La respuesta era casi siempre afirmativa; y aquí venía la conferencia clínica sobre el particular, anticipándose muchos años á doctrinas que hoy son corroboradas y puestas en práctica por eminentes extranjeros, como Finger, Guyon y otros. ¿Y qué hay que hacer en este período agudo? Localmente nada ó casi nada. Por lo que se refiere á la uretra, nada en absoluto; los fondos de saco prepuciales y el miembro en general se lavarán varias veces al día con sublimado al milésimo, teniendo especial cuidado de que no éntre ni una gota en la uretra. Régimen higiénico á base de leche, y proscripción de alcoholes y excitantes, y como medicación el salol ó la urotropina como desinfectante de la orina, y aguas alcalinas ó bicarbonato de sosa en su defecto.

Y sin hacer más, pasa en seis ú ocho días el período primero, y cuando el flujo es blanquecino y seroso, así como el escozor á la micción y las erecciones son menos dolorosas, se puede pasar ya á otra intervención, sin olvidar nunca que *casi todas las complicaciones de la blenorragia son debidas á tratamientos locales intempestivos.*

Período subagudo.—Es el más importante, porque en él se ponen en juego los recursos terapéuticos más directos, de cuya aplicación ó elección depende casi siempre la curación ó el paso al estado crónico ó de complicaciones locales y *generales.* Subrayamos esta palabra por poder probar que la infección neisseriana produce á veces no sólo las conocidas artritis, sino manifestaciones endocárdicas, cerebrales, pulmonares y hepáticas.

Por eso se impone en este período de acción una terapéutica racional que cure con las mayores probabilidades de éxito tan temible como desdeñada enfermedad.

Y aquí entramos en la gran revista—por todos conocida—de fe-

nómenos que con más ó menos éxito se han empleado desde los más antiguos tiempos hasta nuestros días.

Inyecciones, instilaciones, lavados, candelillas solubles... nada ha quedado por hacer ni producto nuevo que ensayar en la uretritis gonocócica.

La experiencia ha demostrado los peligros de las *inyecciones* por el traumatismo mecánico que ocasionan al distender una uretra enferma cuya elasticidad está disminuída ó abolida por el proceso inflamatorio que en ella tiene asiento.

Otro tanto decimos de las famosas candelillas, cuya acción es ciega y adolecen del peligro de provocar cistitis y núcleos de cálculos vesicales para el porvenir.

Han quedado, pues, como procedimientos más racionales las instilaciones y los lavados. Las primeras tienen indicaciones especiales y precisas en las fases extremas de la enfermedad, y los segundos constituyen el recurso más eficaz hasta hoy en el tratamiento.

Aquí no es tan numerosa la lista de productos, porque hay que convenir en que el lavado tiene por sí la ventaja del *efecto mecánico*, tan importante como el antiséptico. El agua hervida y, si se quiere, ligeramente alcalina, pues el gonococo de Neisser necesita un medio ácido para su cultivo, es en muchos casos suficiente para tratar uretritis ligeras y de mediana intensidad. Es conveniente en estos lavados una temperatura de 45° á 50°.

Se usan también con éxito las soluciones de permanganato potásico del $^1/_2$ al 1 por 1.000, y en la misma proporción el sulfato y el acetato de cobre. El *protargol* al 1 y 2 por 100 es la sal de plata más usada; pero justo es consignar que sus efectos distan mucho de asemejarse á los de otras soluciones, incluso las de permanganato. De aquí el relativo abandono en que hoy se le tiene.

El sublimado está formalmente contraindicado como tópico de la uretra, por provocar protestas gravísimas, así como de la vejiga, teniendo sólo indicación en la cistitis tuberculosa.

Llegamos, por último, al estudio de un cuerpo muy conocido en otras aplicaciones, pero poco empleado hasta ahora en la blenorragia, por lo que daremos á conocer sus maravillosos resultados, debidos á sus cualidades antisépticas, descongestionantes y analgésicas: nos referimos al *ictiol*.

***

En el año 1880 fué descubierta en el Tirol, cerca de Scefeld, una roca bituminosa conteniendo numerosos fósiles de peces y otros animales marinos, cuya destilación natural en las entrañas de la tierra produce el cuerpo que nos ocupa, con el nombre de *ictiol*, que significa aceite de pescado, preparándose con el mismo diversas sa-

les, si bien la más empleada en terapéutica es el *sulfoictiolato* amónico.

No obstante, las sales de mercurio, zinc y azufre tienen sus indicaciones en dermatología, y el ictiolato de magnesia, usado por Battioni al interior, puede reemplazar en algunos casos á la sal amónica. Se encuentra en el comercio un producto, denominado thyol, que se obtiene haciendo reaccionar el azufre sobre el aceite de gas. Las propiedades químicas y terapéuticas del thyol son las mismas que las del ictiol. Contiene también una gran cantidad de azufre y materia bituminosa en una proporción casi análoga.

Recientemente se usa, sobre todo en ginecología, el *thigenol*; pero sus efectos distan mucho de ser tan eficaces como los del ictiol.

El ictiol, gracias al azufre que contiene, posee un poder bactericida cierto. Colombini ha podido impedir el desarrollo de gonococos con una solución al 3 por 100, y retardarles considerablemente con solución al 2 por 100.

Este cuerpo, siendo muy ávido de oxígeno, se opone en cierta medida al desarrollo de bacterias patógenas aerobias. Por su acción vaso-constrictora sobre los capilares disminuye la hiperemia de los tejidos facilitando la descongestión, y siendo por esta propiedad un obstáculo al desarrollo de microorganismos.

He aquí por qué el gonococo, penetrando profundamente en la mucosa con otras bacterias que se encuentran en casi todo flujo blenorrágico, causando una inflamación y una trasudación serosa de los tejidos, es destruído ó neutralizado por el ictiol en el hecho de cambiar rápidamente las condiciones del terreno donde se desarrollan. Es además el ictiol un desecante de primer orden, y por eso se explica su uso en ginecología.

Está absolutamente desprovisto de toxicidad, aun á dosis elevadas. Bauman y Schotten han hecho ingerir dosis de 10 y 12 gramos á perros, sin provocar trastorno alguno.

Dosis de 18 y 24 gramos no producen más que una ligera diarrea, que cesa al cabo de dos días.

Si hoy el ictiol no es de uso general y casi exclusivo en la blenorragia, débese seguramente á su reciente estudio y consiguiente falta de publicaciones literarias de sus efectos; pero estamos seguros de que pocos medicamentos, salvo los clásicos, que permanecerán eternamente en la farmacología, tienen una historia tan brillante y una reputación tan sólidamente cimentada en la clínica.

Propuesto en 1882 por Unna, como muy eficaz en el tratamiento de enfermedades de la piel, el ictiol no tarda en ser ensayado por la mayoría de los dermatólogos alemanes é italianos, clasificando su indicación en todas las enfermedades en que predomina la hiperemia, la dilatación capilar, la tumefacción y el prurito. Es, pues, la

dermatología la especialidad que puede enorgullecerse de haber sido la introductora del ictiol en terapéutica.

No tardó la Ginecología en aprovecharse de sus cualidades, bajo los auspicios de Freund, que considera este medicamento como un verdadero específico de las enfermedades inflamatorias de los órganos genitales de la mujer, sobre todo á causa del poder sedante y resolutivo que posee.

Damiens, en 1892, le emplea en inyecciones hipodérmicas como analgésico en las neuralgias. Charles Craustoon, en *The Lancet*, 1891, afirma haber obtenido con el ictiol al interior excelentes resultados en el catarro de la vejiga, blenorragia crónica, pielonefritis y mal de Bright.

Jadasshon (*Deutsch Med. Wochenschrift,* núms. 38 y 39, 1892) ha empleado el ictiol en la blenorragia. Las soluciones que usaba para la uretra anterior tenían las concentraciones de 1, 2, 3, 4 y 5 por 100. Para la uretra posterior, tanto en el hombre como en la mujer, se servía de soluciones hasta al 10 por 100 y más, pero sin ser sus efectos curativos por esto más intensos que con soluciones más atenuadas.

Las soluciones acuosas al 1 por 100 determinan una ligera sensación de escozor, que desaparece rápidamente. Las soluciones más fuertes se toleran bien, á condición de usarlas de un modo progresivo y gradual. Pero las primeras (1 por 100) poseen una acción antiblenorrágica muy manifiesta. Puede comprobarse que en los pacientes sometidos á los lavados de ictiol, desaparecen de la secreción los gonococos más rápidamente que con otros productos, incluso el permanganato.

En la mayoría de los casos, esta desaparición de los gonococos es definitiva si se continúa el tratamiento durante algún tiempo. Otras veces, aun cesando bruscamente el tratamiento, tampoco reaparecen. No obstante, hemos encontrado algunos casos en los que el ictiol ha fracasado, si bien son muy contadas, ocurriendo lo mismo con todos los demás tratamientos farmacológicos, efecto de la propagación gonocócica á la túnica interna de la uretra, donde se forman verdaderas lagunas, á las que no puede llegarse más que incindiendo con el uretrotomo, que las descubre y permite actuar la medicación, previa uretroscopia con el perfeccionado aparato de Albarrán.

Pero estas gonococias *á profundidad* son, afortunadamente, raras, y se observan en sujetos abandonados ó insuficientemente tratados.

Preparaciones hechas después de algunos días de tratamiento nos demuestran un gran número de epitelios procedentes de la exfoliación de la mucosa uretral. Esta acción coincide con la desaparición de los fenómenos inflamatorios, y elimina á su vez los cocci

que se encuentran en las capas profundas de la uretra, permitiendo al ictiol obrar directamente sobre ellos.

Este medicamento, de empleo fácil, de precio poco elevado y sin olor muy pronunciado, es para Jadasshon el ideal para la blenorragia.

Colombini, en 1893, comenzó á emplear el ictiol en la blenorragia, concediéndole la primera categoría entre todos los cuerpos empleados. Sus experiencias demuestran que una solución al 3 por 100 esteriliza en el acto cultivos de gonococos, y la solución al 2 por 100 retarda considerablemente su proliferación. Ha empleado el ictiol en 80 enfermos de blenorragia en diversas fases, obteniendo brillantes resultados, y estableciendo la dosificación según los periodos en esta forma:

Período sobreagudo.—Inyecciones al 1 por 100 cada tres horas. Al cabo de dos ó tres días las erecciones son más raras y desaparece el dolor á la micción. El flujo disminuye y se hace seroso.

Período agudo.—Debe empezarse por la solución al 1 por 100 y no pasar del 1 $^1/_2$ á 2 por 100.

Período subagudo.—Aquí se impone el aumento de dosis para dar mayor energía á la medicación. Deben usarse soluciones empezando por 3 por 100 y llegando al 4, 5, 6 y 8 por 100. En algunos casos de uretritis posterior obtuvo curaciones rápidas con instilaciones al 10 y 15 por 100.

Uretritis crónica.—Las mismas soluciones que en el período anterior, aunque sin perder de vista que en algunos casos nos veremos precisados á emplear el instilador Guyon para aplicaciones locales de soluciones al 10 por 100 con glicerina.

De todas las observaciones de este autor se desprende que el ictiol posee una eficacia incontestable en el tratamiento de la blenorragia; calma en poco tiempo las molestias de la micción; las erecciones son más raras y menos dolorosas; el flujo disminuye y los gonococos son destruídos más rápidamente que con el permanganato y el protargol.

El ictiol es bien soportado por los enfermos.

Otros profesores, como Mangarotti, Balzen, Viletti, Koster y Neisser, han usado también el ictiol como antiblenorrágico, y están unánimes en los resultados obtenidos.

Más justo es consignar que estos clínicos no han elegido el procedimiento racional hoy en uso, que seguramente hubiese aumentado sus triunfos. Usaban la *inyección* y la *jeringa ordinaria*. Ya sabemos que la primera distiende la uretra traumatizándola; y de la segunda no puede decirse más sino que en absoluto debe rechazarse.

Una cánula dura, con borde inferior, á veces cortante, que pe-

netra dos á tres centímetros en una uretra enferma, desgarrando su mucosa esfacelada por el pus y abriendo nuevas vías á la infeción, está calificada.

De aquí que hoy sólo se acepte como práctico el procedimiento de los *lavados* y la *instilación*, que se reserva para casos muy crónicos y excepcionales.

La línea de conducta que seguimos para el tratamiento de los blenorreicos por los *lavados al ictiol* es poco más ó menos la siguiente: pasado el período agudo, durante el que está sometido á antisépticos ó balsámicos, tanteamos la sensibilidad de su mucosa uretral con soluciones débiles al 1 por 100. La cantidad de líquido suele ser un litro, y su temperatura, que juega importante papel, de 30° á 35°, pues á menos grados provoca impresión dolorosa en la uretra. El lavado se verifica una vez cada veinticuatro horas. En los enfermos con blenorragia subaguda, nos contentamos con lavar varias veces al día la uretra anterior sin penetrar en la vejiga. Cuando los síntomas inflamatorios han disminuído y el flujo ha cesado, seguimos siempre sin llegar á la uretra posterior, por considerar que si ésta no está infectada, corremos el riesgo de infectarla.

Generalmente suele bastar la solución débil para obtener la curación; pero si no fuese así, se lavará con soluciones al 2 y 2 $^1/_2$ por 100. No es prudente, aun en los casos crónicos, pasar de esta concentración por provocar alguna irritación vesical.

Los lavados no se interrumpen hasta que todo el flujo ha desaparecido, siendo muy conveniente continuarlos tres ó cuatro días más, como garantía.

Después del tratamiento no hemos encontrado gonococos ni en las preparaciones hechas con productos de raclaje de la uretra ni en las hechas con filamentos.

Respecto de la *técnica de los lavados*, diremos que casi todos los aparatos ideados para irrigaciones uretro-vesicales vienen á ser análogos en la esencia, á pesar de la variedad de formas. Unos llevan el líquido por sonda conductora á la vejiga, y es devuelto por la contracción vesical, saliendo por el espacio comprendido entre la sonda y la uretra; otros aplican directamente al meato una cánula que obtura perfectamente la entrada de éste, y por una presión de 60 á 70 centímetros penetra el líquido á la uretra posterior y á la vejiga (1).

Nosotros damos la preferencia á la cánula del Dr. Suárez de Mendoza, por responder á toda satisfacción á las indicaciones del lavado uretral, siendo su funcionamiento más racional que otros aparatos, puesto que no permite, efecto de su corriente continua, es-

(1) Aparato Balzer-Mathieu.

tancarse productos sépticos, que son arrastrados rápidamente al exterior.

Realiza, por lo tanto, la asepsia mecánica en primer término, sin perjuicio de los efectos térmicos y químicos.

Después de haber desinfectado el glande y sacos prepuciales con sublimado al milésimo y limpiado el meato con una compresa boricada, procedemos, previa colocación del enfermo en la mesa correspondiente, á dirigir un chorro de la solución de ictiol al meato para desembarazarle del pus que pudiese contener, ó bien para deshacer la conglutinación de los labios del mismo.

El depósito de la solución estará, siempre que se trate de lavar la uretra anterior, á 40 ó 50 centímetros, y de 60 á 70 cuando queramos profundizar y llegar á la vejiga. La temperatura del líquido debe ser de 31 á 37°.

Adaptada la extremidad de la cánula al meato, y cogiendo el tubo conductor con los dedos índice y pulgar derechos para cortar la corriente por simple presión del tubo cuando sea preciso, se da entrada en la uretra lentamente al medicamento. En el acto sale de retorno por el agujero que la cánula tiene en su segundo cuerpo, siendo de notar un fenómeno que hemos observado muchas veces, y es que, siempre que hay pus en la uretra, las primeras porciones de la solución ictiólica salen como gelatinosas y formando hebras el chorro. En cambio cuando el sujeto está curado el líquido sale exactamente igual que penetra. Podríamos asignar al ictiol la cualidad de reactivo.

Con la cánula Suárez de Mendoza se lavan ambas uretras, anterior y posterior, con gran facilidad, obturando á voluntad el orificio de salida.

Terminado el lavado, el paciente descansa unos quince minutos, y le recomendamos la abstención de orinar el mayor tiempo posible.

EFECTOS DE LOS LAVADOS AL ICTIOL

La mayoría de los enfermos toleran bien el ictiol, aunque alguna vez hemos tenido que debilitar la solución por provocar una sensación dolorosa en la uretra anterior. Pero estos casos son rarísimos. Lo que todos acusan es un ligero cosquilleo, que dura hasta la primera micción, y desaparece al verificarse ésta.

Fenómenos inflamatorios.—Por sus propiedades antiflogísticas, el ictiol obra muy rápidamente sobre el edema de prepucio y glande, así como sobre el color rojo del meato, que desaparece en dos ó tres lavados. Por su acción analgésica el ictiol obra favorablemente sobre el dolor á la micción y las erecciones. En general el dolor des-

aparece al tercer lavado. En los casos de infiltración inflamatoria intensa de la uretra con espesamiento de la misma hemos visto excelentes efectos con este cuerpo.

Acción sobre la mucosa uretral.—Neisser, Jadasshon y Colombini insistieron hace tiempo sobre la acción del ictiol sobre la uretra. Y en efecto: si examinamos después de algunos días de tratamiento, al microscopio, las secreciones uretrales, se ve que al lado de los glóbulos de pus conteniendo gonococos existen gran cantidad de células epiteliales. Esta caída de epitelio coincide casi siempre con la desaparición de los fenómenos inflamatorios, por la facilidad con que á consecuencia de esta exfoliación el ictiol ataca más enérgicamente los gonococos.

Secreción.—Durante los primeros días de tratamiento sólo se aprecia disminución en la cantidad, pero pasado algún tiempo cambia en sus caracteres: de color amarillo verdoso se torna en serosa y lactescente. Generalmente este cambio no se observa hasta después de seis ú ocho días de lavado.

Gonococos.—Bien que el ictiol obre directamente sobre el gonococo á causa de su poder reductor, eliminando de los tejidos el oxigeno necesario al desarrollo de los microbios aerobios, según Unna; bien que su acción resolutiva y antiflogística, impidiendo la hiperemia que el gonococo provoca y creándole un terreno poco favorable á su cultivo, acabe por destruirle, ó bien que la exfoliación continua que produce en la mucosa le desprenda de los estromas de la misma, favoreciendo su expulsión al exterior con el lavado, el hecho es que en la casi totalidad de los casos en que recurrimos á esta medicación el éxito ha sido seguro. Experiencias de nuestra práctica oficial y privada durante varios años nos autorizan á recomendar este procedimiento terapéutico.

Madrid, Octubre de 1907.

REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

Anestesia.

Insensibilización por medio de la luz azul. (*Le Monde Médical*, Enero 1907.)

El Dr. Redard (de Ginebra) ha sido el primero que en 1901 empleó la luz azul como agente insensibilizante.

Mr. Cavalie aconseja la siguiente técnica:

1.° Es preciso estar provisto de una lámpara eléctrica de 16 bujías cuya bombilla esté coloreada de un azul intenso y lo más puro posible.

2.° Es preciso tranquilizar al paciente y explicarle que no será adormecido y sí únicamente insensibilizado.

La confianza del enfermo es una condición indispensable para el éxito.

3.° El enfermo se colocará sentado en un sillón, cuyo respaldo se inclinará hacia atrás. La lámpara, provista de un buen reflector, se coloca delante de los ojos á 12 ó 16 centímetros.

4.° Es preciso cubrir la cabeza del enfermo y la lámpara con una tela azul, de manera que la luz difusa del día no impresione la vista del paciente.

5.° Ruéguese al paciente que mire de hito en hito la lámpara azul; si se ha tenido cuidado de hacer un agujero en la tela y en él se coloca un cristal azul, el operador puede á través del cristal vigilar con cuidado la fijeza de la vista y la cara del enfermo.

6.° La tranquilidad y el silencio son de rigor.

7.° Dos ó tres minutos de fijeza son suficientes.

8.° El enfermo se acostumbra fácilmente á mirar la lámpara, y únicamente se queja del calor que ésta arroja.

Espérese el momento en que acusa el rostro una ligera palidez y presenta movimientos fibrilares con dilatación de la pupila. *Entonces el enfermo parece estar en éxtasis.*

9.° Es preciso operar entonces, y operar rápidamente, pues la insensibilización dura próximamente treinta segundos.

El Dr. Redard aconseja este método para las extracciones dentarias, por carecer en absoluto de los peligros que tanto la anestesia general como la local tienen.

Sobre la cantidad de éter en los tejidos en el momento de la muerte por este anestésico. (Société de Biologie. Séance de 26 Janvier 1907.)

M. Nicloux.—Resulta de mis experiencias que todos los tejidos encierran éter en cantidad notable en el momento de la muerte por este anestésico. Entre ellos, el cerebro y el bulbo son los que contienen más, del mismo modo que cuando la intoxicación ha sido producida por el cloroformo. El éter fija en el tejido adiposo hasta 400 miligramos por cada 100 gramos, cosa que está en relación con la propiedad disolvente que tiene sobre los cuerpos opacos, y recíprocamente.

Consideraciones sobre 200 casos de narcosis por la escopolamina. (Dr. G. Parlavecchio, de Palermo. XIX Congreso italiano de Cirugía de Milán.)

El autor ha empleado este procedimiento, según técnica de Terrier y Desjardins, en 200 operaciones de todas clases, teniendo que recurrir en 60 (ó sea un 30 por 100) al auxilio de las inhalaciones clorofórmicas.

Parlavecchio ha observado en el curso de esta narcosis que la respiración es menos frecuente, pero en cambio el pulso se hace más rápido, alcanzando un máximum algunas veces de 150, que se mantiene durante los dos ó tres días siguientes á la operación.

También dice que no es conveniente en las grandes operaciones abdominales ni en los niños menores de diez años.

Fuera de las dos contraindicaciones citadas, declara estar satisfecho de su empleo, pues no ha tenido ningún caso de alarma, á pesar de haberlo empleado en cardíacos, nefríticos, alcohólicos y tuberculosos.

Un caso de muerte durante la cloroformización. (*La Semaine Médicale*, 27 Février 1907.)

El Dr. Lapointe refiere el siguiente caso: Un enfermo de treinta y un años de edad, de una salud floreciente, en apariencia, que había sido ya operado y cloroformizado, sin incidentes, dos meses antes, por un absceso frío de la región costal derecha, tuvo que ser intervenido de nuevo por haberle quedado una fístula persistente. El principio de la anestesia se pasa sin novedad, á pesar de lo emocionado que se hallaba el enfermo. Antes de finalizar el período de excitación, ocho minutos después del principio de la anestesia, con un gasto de diez gramos de cloroformo y persistiendo aún los reflejos palpebrales, se cianosa bruscamente, el pulso se hace imperceptible y la respiración muy lenta. A pesar de la respiración artificial du-

rante tres cuartos de hora, el empleo de los estimulantes habituales, el paciente no pudo ser reanimado, sucumbiendo por fin.

Se diagnosticó de *muerte timica*, y, efectivamente, la autopsia demostró la persistencia del timo, que pesaba 20 gramos.

Anestesia etérea por el recto. (*Gazzeta Medica di Roma*, Gennaio 1907.)

El Dr. Lowig lo ha empleado en 51 casos, y deduce de sus resultados las siguientes conclusiones:

Pequeña cantidad de anestésico.

Ausencia del período de excitación y de la tos etérea.

Rareza del vómito.

Rápido retorno de la conciencia.

SCHIVARDI

Para juzgar este método, que nada tiene de moderno, pueden consultarse los ensayos hechos por el Dr. D. Federico Rubio y Galí en el Hospital de la Princesa el año 1884.

Anestesia por sugestión durante una operación quirúrgica. (*Le Monde Médical*, Marzo de 1907.)

En la *Sociedad de Medicina del departamento del Norte*, Mr. Carlier ha expuesto el caso curioso de un hombre que, teniendo que sufrir la operación radical de una hernia inguinal izquierda, se adormeció profundamente tan pronto como le fué aplicada la mascarilla del aparato de Ricard. La resolución muscular fué perfecta, y pudo practicársele la operación sin dar paso á los vapores de cloroformo.

He podido comprobar este fenómeno en una señora de Gijón, á la cual practiqué un raspado uterino sin que se diera cuenta, con sólo tenerle aplicada una mascarilla de cloroformizar de las corrientes durante el acto operatorio.

La kola en la anestesia local por la cocaína. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, número 37.)

El Dr. Schlemmer aconseja, cuando se practica una inyección de cocaína, hacer tomar al enfermo diez minutos antes una cucharada de kola granulada, disuelta en seis de agua tibia, y adicionada de otra sopera de coñac, con objeto de evitar los peligros de la intoxicación.

Las inhalaciones de oxígeno contra los vómitos post-anestésicos. (*La Semaine Médicale*, 15 Mai 1907.)

Según el Dr. W. T. Wootton (de Hot-Springs), las náuseas y los vómitos que siguen á la anestesia general, sea por el cloroformo ó por el éter, son debidos á la irritación del centro medular.

Persuadido de esta causa, aconseja que inmediatamente de cesar la anestesia se comiencen las inhalaciones de oxígeno, y no deben suspenderse hasta después de haber despertado el paciente.

Desde hace dos años que lo emplea en numerosos operados, especialmente de laparotomías, los resultados han sido excelentes.

Conservación del cloroformo puro. (*Revista de Especialidades Médicas*, 20 Mayo de 1907.)

Los Dres. Breteau y Voog dicen que la medula de saúco, coloreada con rojo del Congo, asegura la conservación del cloroformo y anuncia el principio de su descomposición bajo la influencia del aire y de la luz, dando origen al ácido clorhídrico y el forgeno, que es eminentemente tóxico. A este efecto, indican un medio muy sencillo y muy seguro, que consiste en untar ligeramente con tintura de rojo del Congo una rodaja de medula de saúco, que se deja en contacto con el cloroformo, que no disuelve aquel colorante, el cual cambia inmediatamente de color, pasando al azul en caso de descomposición.

Tratamiento preventivo de los accidentes de la cloroformización por las inyecciones intravenosas de suero fisiológico. (*Semaine Médicale*, 22 Mayo de 1907.)

Puede comprobarse habitualmente en el curso de la cloroformización un descenso muy notable de la presión arterial; y este descenso de presión, que puede ser brusco, es la causa de la mayor parte de los accidentes mortales.

Con objeto de evitarlos, M. el Dr. L. Ruskhardt, auxiliar de cirugía en la Facultad de Medicina de Wurtzbourg, ha ensayado las inyecciones intravenosas de suero fisiológico, consiguiendo en los animales objeto del experimento que resistan dosis mortales del anestésico.

Convencido de sus ventajas, la ha empleado durante cuatro meses en todos sus operados, haciéndoles inyectar 1.500 á 2.000 centímetros cúbicos media hora antes de la operación, con admirables resultados.

Ventajas é inconvenientes de las inyecciones previas de escopolamina-morfina. (*Le Monde Médical*, 25 Mayo 1907.)

Fórmula de Terrier:

Bromhidrato de escopolamina.....	1 miligramo.
Clorhidrato de morfina.....	1 centigramo.
Agua destilada.....	1 c. c.

D.e

El contenido de una jeringa de Pravaz (Walter) ó de dos (Terrier) una hora antes de la cloroformización.

Ventajas:

Según Desfontaine, Psaltoff y otros, los enfermos están generalmente con la calma tan necesaria antes de las intervenciones quirúrgicas; y si este estado de espíritu es evidentemente útil á todos los individuos, es indispensable para los excitados y nerviosos. El empleo de la escopolamina ha parecido igualmente ventajoso en el caso en que las orinas contienen pus ó albúmina, funcionando mal los riñones, pues las dosis de cloroformo deben ser lo más pequeñas posible, lo cual puede conseguirse por este procedimiento.

Inconvenientes:

Ardouin dice que la anestesia se prolonga más allá del tiempo requerido; el pulso y la respiración se amenguan de un modo *impresionante*, y suele haber algunas veces palpitaciones.

Terrier cita, entre los efectos desagradables, respiración menos frecuente, vaso-dilatación de la cara, dilatación de las pupilas, persistencia de la anestesia, grandes precauciones para el transporte de los enfermos y movimientos reflejos en los miembros.

Finalmente, Monod cita doce casos de *muerte notoria* (!).

Causas de la muerte en la anestesia general. (*Le Progrès Médical.*)

El Dr. A. Lapointe cita dos casos de muerte por el cloroformo (aparato de Ricard): el uno, en una señorita de diez y ocho años que padecía apendicitis; el otro en una señora de treinta y un años, con un absceso frío en la región costal derecha.

La autopsia, que pudo practicarse en ambas, demostró la persistencia de la glándula *timo*.

Anestesia general por vía rectal. (*Revista de Especialidades Médicas*, Junio de 1907.)

Este método, ideado por Pirogoff, empieza á generalizarse. Consiste en hacer absorber les vapores de éter por el recto, previamente desocupado, mediante una purga, la víspera, y un lavado intestinal con dos litros de agua bicarbonatada (4 por 1.000) el día de la operación. Como aparato se emplea un soplete en comunicación con un frasco que contiene éter puro de tres tubos, de los cuales el primero va hasta el fondo; el segundo es un tubo en S, con mercurio, haciendo de tubo de seguridad, y el tercero es el de desprendimiento, que pasa á otro frasco vacío sumergido en una vasija con agua á 39°, de donde sale una conexión con una cánula rectal.

La corriente debe ser regular y lenta; los pacientes experimen-

tan al principio deseos de evacuar, que pasan pronto, y es necesario que no se inflen con los vapores de éter, que causarán irritación, molestias y otros inconvenientes. La indicación de la anestesia etérea rectal es clara, y su contraindicación la existencia de una afección del recto. El sueño se produce más pronto con menos éter y con menos fenómenos reflejos y de irritación local que por el procedimiento ordinario.

Parálisis del sexto par, después de la raquiestovainización. (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Junio 1907.)

El Dr. García Mansilla llama la atención sobre estos penosos trastornos óculo-motores, cuyas principales conclusiones, que extracto, toma de revistas extranjeras.

La estovaína, aunque menos tóxica que la cocaína, puede provocar graves perturbaciones.

La adición de la adrenalina, sin que pueda atribuírsele una importancia especial, debe señalarse en los casos en que la parálisis ha persistido.

Las crisis dolorosas han precedido constantemente á la diplopia, pero aquéllas han cesado desde la presentación de ésta.

La parálisis afecta casi siempre al abductor, excepto en un solo caso que se hizo bilateral á los diez y nueve días.

El período de incubación dura de cuatro á veinte días después de la inyección y de los síntomas dolorosos, cuando los hay.

Las alteraciones motoras se han presentado el mismo día que los enfermos se levantaban, por lo cual Seber las hace depender de una hemorragia localizada.

No puede eliminarse completamente la hipótesis de una infección meníngea poco virulenta, y sería útil, en los casos en que los fenómenos dolorosos aparecen, hacer desde el principio una punción lumbar y un examen metódico del líquido cefalorraquidiano.

Muerte tardía ocasionada por el cloroformo. (*Deutsche Medicinal Zeitung*, número 21, 1907.)

En la sesión celebrada el 11 de Febrero último por la Asociación libre de cirujanos de Berlín, el Dr. Röder refirió cinco casos de intoxicación clorofórmica. Se trataba de sujetos jóvenes que estaban antes completamente sanos y que al cuarto día de haber sufrido una operación, no complicada con ningún accidente, sucumbieron presentando los mismos síntomas.

Después de haberse sentido bien al otro día de la operación y al principio del siguiente, comenzaron á presentar torpeza sensorial al

terminar el segundo día, sin que se observara modificación alguna en el pulso, la temperatura y la orina. Este estado duró de setenta y cinco á noventa horas después de la operación, terminando por la muerte.

En todos los cadáveres se encontró degeneración grasienta del corazón y de los riñones; y como hay que excluir todas las demás causas de dicha degeneración, inclusa la sepsis, sólo puede atribuirse al cloroformo.

De estos hechos deduce el autor que, puesto que no se puede prever, será preferible emplear el éter en vez del cloroformo, ó bien, cuando ello sea posible y conveniente, la anestesia lumbar.

(*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Junio 1907.)

El sueño eléctrico. (*El Mundo Científico*, Junio 1907.)

El profesor Leduc, de la Escuela de Medicina de Nantes, acaba de realizar notables experimentos con la corriente eléctrica, creyendo que conseguirá desterrar los anestésicos en las operaciones quirúrgicas tan pronto como esté perfeccionado.

El sueño es profundo y el despertar instantáneo y con gran lucidez, pudiendo prolongarse por varias horas.

No existe peligro alguno.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

Cirugía del aparato digestivo.

La dispepsia de las úlceras gástricas operadas y su tratamiento, por E. Permentier y D. Denéchau. (*La Semaine Médicale*, núm. 41, 9 Octubre. Trabajo original.)

Después de un período intervencionista exagerado en los ulcerosos se ha producido una reacción restrictiva, á causa de los accidentes graves que, como la hemorragia y la úlcera péptica, sobrevienen á veces á consecuencia de la intervención, reacción que amenaza ir más allá de lo debido.

Pero ¿qué acontece al mayor número de operados? ¿Son tan frecuentes como se cree los accidentes? ¿Qué trastornos los preceden? ¿Cómo combatirlos?

Para averiguarlo han hecho la investigación ú observación de 102 casos, escalonados en un período de diez años, de Terrier, Tuffier, Hartmann, Gosset, Souligoux: 17 han respondido al cuestionario detallado que se les envió; 3 murieron, uno tuberculoso y 2 de cáncer gástrico; y 82 han sido examinados.

El caso tipo de los trastornos dispépticos le ofrece un adulto, obrero, gastro-enterostomizado en Y, por estenosis cicatricial, que

algunas semanas después de operado en pleno engruesamiento, y luego por períodos irregulares y progresivos en intensidad, sufría molestias digestivas, con estreñimiento, y sin más alteración apreciable que quimismo hiperclorhídrico, de las cuales mejoró con régimen albuminoídeo y bismuto.

A pesar del polimorfismo, en los trastornos dispépticos de los ulcerosos operados pueden admitirse las formas dolorosas: con vómitos; con diarrea; dispéptica simple; nerviosa; graves y complicadas.

El *dolor* es el síntoma más constante: la gastro-enterostomía produce un período de calma, tras del que aparece éste en el epigastrio en forma de quemadura ó torsión, que obliga á veces á doblarse, ó es de transfixión; es siempre tardío, presentándose por crisis de varios días, de cuatro á cinco horas después de las comidas; son paroxísticos, y provocados por la fatiga y excesos de régimen, las más de las veces poco intensos, y las menos, capaces de impedir el trabajo durante la crisis.

Los *vómitos* son raros; su desaparición es uno de los mejores efectos de la gastro-enterostomía; las más de las veces se trata de simples regurgitaciones de agua (vómitos acuosos), ácida como el vinagre, y quemante, que aparecen después de un período de dolores, aumentando progresivamente en frecuencia y cantidad: este líquido suele contener bilis y restos alimenticios (vómitos alimenticios), pero más raramente que ser acuosos.

Al lado de estas dispepsias con predominancia sintomática, debe colocarse el complexo morboso descrito antes por Denéchau con el nombre de «síndrome dispéptico secundario á la gastro-enterostomía», con dolores, regurgitaciones acuosas y constipación y desnutrición progresiva, que en algunos no aparece más que si beben vino, y en otros con régimen más severo.

Las formas dispépticas con trastornos nerviosos (melancolía, alucinaciones, cólera, llanto, etc.) son excepcionales.

Todas las formas, menos la nerviosa, tienden hacia un mismo final: las graves y complicadas, como la hemorrágica y la ulcerosa, pudiendo la úlcera radicar en el estómago ó el duodeno, y ser simple ó complicarse de perigastritis adhesiva, fístulas gastrocólicas ó yeyuno-cólicas, y la hemorragia ser abundante ó repetida.

De los 102 enfermos, 72 con pilorismo y estenosis, y de ellos 25 con estenosis graduada, 38 habían tenido antes hematemesis y melena, y 12, hemorragias recientes; 11 la tuvieron después de la operación, 3 en el mismo día, 2 al siguiente, 4 algunos días después, 1 á los quince días, y 1 á los cinco meses; en estos dos últimos casos poco abundantes y durante una crisis de intolerancia gástrica, siendo un enfermo alcohólico y con estómago bilocular. Dos de las hemorragias inmediatas post-operatorias fueron graves.

Las más de las veces pasan desapercibidas en las cámaras, y las menos son mortales, habiéndose presentado de un mes á cuatro años después de la intervención.

¿Puede siempre en un gastro-enterostomizado reconocerse la úlcera en actividad? La sorpresa es demasiado común, hallándose con frecuencia úlceras latentes, ya á la intervención por otro proceso, ya seguidas de perforación.

Los ulcerosos operados no están al abrigo del cáncer nacido en la cicatriz, ni de la tuberculosis.

Nuestra estadística comprende 74 hombres y 28 mujeres; de ellos 78 estenosis, 3 estómagos biloculares, 2 perforados y 10 hemorrágicos recientes.

Se practicaron una pilorectomía, una gastro-enterostomía anterior con entero-anastomosis, una doble gastro-enterostomía anterior (estómago bilocular), 83 gastro-enterostomía posterior simple, 2 gastro-enterostomía posterior con yeyunostomía, 1 gastro-enterostomía posterior con gastroplastia, 11 gastro-enterostomías en Y y 2 suturas por perforación. Un enfermo fué, más tarde, gastro-enterostomizado posterior con liberación de adherencias, en 2 se hizo yeyuno-yeyunostomía, y uno reoperado dos años después, por cáncer de la boca gastro-duodenal: 50 operados lo son de hace más de cuatro años.

Casi todos los accidentes tienen por causa excesos alimenticios ó de bebidas, sobre todo de vino. El pan no suele ser bien soportado, ni la carne cruda en exceso. Otras veces sufren también molestias los enfermos sobrios á la menor transgresión. Las fatigas, los esfuerzos, el permanecer de pie, suelen ser invocados como causas.

La úlcera reciente asienta, ya en la boca gastro-yeyunal ó sus proximidades, ya á distancia.

En la mayoría de casos los resultados inmediatos son satisfactorios; pero los ulcerosos suelen conservar durante varios días los dolores y los vómitos. Otras veces no aparecen las crisis más que á las dos ó tres semanas, sin causa estimable ó por defectos de la alimentación.

¿Qué régimen alimenticio conviene á estos enfermos? Al principio se temió darlos de comer, y hoy quizás se autorice demasiado y esto sea causa de accidentes evitables.

Las drajeas de hielo deben ser abandonadas en las hemorragias, por no dejar el estómago en reposo; y lo mismo el lavado con agua fría, que debe ser reemplazado por agua hervida, enfriada á 28 ó 30°; el uso de bebidas gaseosas, y aun el caldo graso y el de legumbres con ó sin peptonas deben ser abandonados, pues provocan hiperacidez.

En general, debe guardarse un período de veinticuatro á treinta

y seis horas de dieta absoluta, al cabo de las cuales tomen una cucharada de leche cada dos horas, aumentándola progresiva y rápidamente; y darles desde el cuarto ó quinto día, sopas de avena, sopas de sémola ó tapioca, hechas con leche, aumentando gradualmente su consistencia, y añadiéndolas luego huevos; después, arroz con leche cocidos juntos y evaporados con lentitud, que son de gran valor nutritivo. A partir de la segunda semana, se adicionará á esto huevos con leche, pastas, puré, pescado, pollo; después, pudings, jamón magro, galletas secas; y en la tercera semana, purés de legumbres verdes, manteca fresca, carne roja finamente picada, compotas de frutas. Como bebida: agua de fuente; infusiones ligeras, poco azucaradas, de tila, malva, camomila, solas ó con la leche, en cantidad de un litro. Los cuerpos grasos no son siempre bien tolerados. La carne cruda, raspada y tamizada puede ser útil con caldo, si antes no hubo fenómenos de excitación gástrica, y lo mismo el pan, el vino, las frutas ácidas y los platos vinagrados. El tránsito al régimen común debe ser progresivo, pero lento; á veces son necesarios meses, y tanto menos, cuanto la úlcera está más cicatrizada; pero el régimen debe siempre permitir la recuperación de fuerzas y el aumento de peso. La rapidez en éste puede dar lugar á dolores articulares, musculares ó lumbares, litiasis, uricemia, subictericia, urobilinuria y aun glucosuria pasajera.

La mayoría de ulcerosos así dirigidos han escapado á la dispepsia post-operatoria. Los de capacidad vital reducida deben sustituir los oficios violentos por los de menor gasto orgánico.

Cuando los dolores son ligeros, la supresión del vino, pan, frutas y platos pesados basta para la mejoría, y si son más intensos, el bismuto (método Kusmaul-Fleiner), la envoltura húmeda y el reposo, siendo á veces necesaria la dieta hídrica ó absoluta durante veinticuatro á cuarenta y ocho horas, seguida de leche y huevos, como en la úlcera, con adición gradual de harinas malteadas, etc.

En las hemorragias debe emplearse el tratamiento clásico.

Si hay diarrea, se suprimirán la leche, el caldo, la carne, las legumbres verdes; el opio y bismuto no suelen ser necesarios; si se acompaña de dolores, debe emplearse la cura de bismuto.

En los hipopépticos, que son excepcionales, no pueden abandonarse el kefir, kummis, carne cruda y huevos.

Pueden darse alcalinos si subsisten las molestias en los no hipoclorhídricos; Bourget prefiere el agua alcalina, fosfato-sulfatada; otros, el bicarbonato ó las mezclas alcalinas; pero es necesario huir de los excesos, y aun á veces suprimirlos, apoyándose en régimen severo.

En conjunto, resumiendo, los resultados pueden dividirse en buenos, medianos y malos, cabiendo á éstos ser inmediatos ó tardíos,

no pudiendo decir con qué intervención hay más ni hay menos, por falta de estadística suficiente; sin especificarla, en la suya fueron 7 por 100 de resultados lejanos malos, 39 por 100 de medianos y 54 por 100 de buenos; en total, 90 resultados relativamente favorables en 100 casos rebeldes al tratamiento médico; los mejores fueron obtenidos en los estenósicos antiguos; después, en los ulcerosos en evolución ó los hemorrágicos recidivantes; y en último término, en las úlceras alejadas del píloro y los estómagos biloculares, en los cuales las complicaciones post-operatorias son más frecuentes.

De la gastrostomía temporal en las úlceras gástricas ó duodenales, y en particular en las perforantes acompañadas de retención, por K. G. Lennander. (*Hygica*, Agosto 1907.)

Cuando existen estas úlceras acompañadas de estenosis pilórica, generalmente no se limita el cirujano á suturar la úlcera y combatir la peritonitis, sino hace simultáneamente la gastro-yeyunostomía. Puede, sin embargo, ser tal el estado de los enfermos, que operación tan complicada sea imposible.

He aquí cómo Lennander ha procedido en un caso de este género: se trataba de una mujer de cuarenta y nueve años, con síntomas de úlcera con estenosis desde larga fecha, que presentó una noche todos los signos de peritonitis por perforación. Intervenida á las sesenta horas, se halló peritonitis difusa fibro no purulenta en la mitad derecha del vientre, con absceso subfrénico del mismo lado; perforación pilórica, que no se pudo suturar más que imperfectamente, por lo que se hizo en la porción pilórica una fístula según el procedimiento de Witzel, fijando en ella un tubo de 5 milímetros de diámetro; otra análoga en el ciego, con drenaje pericecal y subfrénico de ambos lados, curando la enferma.

Por el tubo gástrico salía el mismo día de la operación un líquido sanguinolento muy ácido; para disminuir su acidez, se la hizo beber cucharadas de una solución bicarbonatada, ligeramente alcoholizada; por la fístula cecal se inyectaron 25 c. c. de solución de glucosa al 10 por 100, cerrando el tubo quince minutos para que se absorbiera.

Los siete primeros días se dejó el tubo gástrico abierto, con dieta absoluta, y no se permitió beber más que de un cuarto á medio litro de agua bicarbonatada por doce horas, recogiéndose por el tubo de 250 á 400, cantidad superior, por término medio, á la ingerida. A partir del séptimo día, se cerraba el tubo á ratos, conservando la mayor parte del líquido ingerido; inyectando además por el ciego 100 c. c. de solución de glucosa al 5 por 100, con 7 gramos de vino de Madera, cerrando después el tubo media hora; se absorbían

por esta fístula diariamente 1.200 c. c., devolviendo 400. Además se hacían inyecciones subcutáneas de suero ó glucosa.

Al día décimo se inyectaron por el ciego leche, sopas ligeras y harinas lacteadas; si la inyección producía sensación prolongada de distensión, se destapaba el tubo antes de la hora que generalmente se le tenía cerrado; si había diarrea, se daba opio ó bismuto por el ciego ó recto.

Se siguió el tratamiento por el ciego cuatro ó cinco semanas; se quitó el tubo á los treinta y cuatro días, cerrándose la fístula. Al undécimo día se cerró el tubo gástrico, dando algún alimento por el tubo, y no abriéndole más que si aquél producía molestias; desde el vigésimocuarto día no se volvió á abrir el tubo, que se conservó hasta la séptima semana, cerrándose la fístula. Después, cuando el enfermo estuvo restablecido, se hizo gastro-enterostomía.

Esta operación tiene cuatro ventajas: dejar reposar la úlcera completamente; irrigar el estómago por la fístula ó por la boca; poner con la fístula cecal al abrigo de la parálisis intestinal con consecuencia de peritonitis extensa; sostener las fuerzas, utilizando la digestión cólica.

Ha tratado así cuatro casos más, y piensa Lennander que este mismo modo de proceder será útil cuando no se pueda cerrar la úlcera por su situación ó temor á ocasionar estrechamiento acentuado del piloro, ó cuando la gran debilitación del estenósico no le consienta sufrir la gastro-enterostomía; no habiendo estenosis, la gastrostomía podría ser reemplazada por la yeyunostomía.

Las fístulas Witzel del ciego deben ser hechas á lo largo entre dos bandas musculares, porque allí la mucosa adhiere mejor á las túnicas intestinales, y el orificio, siendo contráctil, se cierra con más facilidad cuando se retira el tubo.

Gastrectomías practicadas en la clínica de von Mikulicz, de 1891 á 1904, por Makkas. (*Mitteil. aux den Gensgebieten der. Med. u. Chir.*, 1907, 3.° vol. sup.°)

Esta estadística, del mayor interés, comprende los casos operados en la clínica de Mikulicz por él y sus asistentes y en su práctica privada.

De 1891 á 1904 le fueron enviados 655 por cáncer del estómago, sin comprender los del cardias, que entran en la cirugía esofágica; 458 fueron operados, haciendo en 163 resección gástrica; en 4, extirpación total del estómago; en 209, gastro-enterostomías; en 14, yeyunostomías, y en 69, laparotomías exploradoras.

Las 163 gastrectomías, más las 4 extirpaciones completas, hacen un total de 167 intervenciones radicales en 655 enfermos, ó sea el

25,1 por 100; es decir, la cuarta parte de cánceres observados han sido tratados por ablación, proporción muy elevada si se compara con la de otros autores, pues Mikulicz lleva muy lejos las indicaciones de la gastrectomía por cáncer.

Separadas las 4 extirpaciones totales, todas seguidas de muerte, restan 162 resecciones, pues uno de los cancerosos fué operado dos veces.

El procedimiento de Billroth, primera manera, ha sido utilizado 80 veces con 30 por 100 de muertes; la segunda manera de Billroth, 81 veces, con 40,7 por 100 de muertes, y 2 veces la escisión en ángulo. 119 veces sobre 163 ha sido empleado el botón de Murfi, prefiriéndole en las intervenciones por cáncer por ganar tiempo.

Los resultados inmediatos y lejanos han sido: 57 muertes operatorias, ó sea 34,9 por 100, que han sido debidas á peritonitis 26 (15,9 por 100), á complicaciones pulmonares, y otras veces al shock, inanición consecutiva á fístula duodenal, estrangulación, etc. En 23 casos de peritonitis, la autopsia permitió precisar su origen: 5 veces, infección operatoria; 8, por insuficiencia de suturas ó perforación gástrica cerca de la línea de reunión; 3, perforación en contacto con el botón Murfi 4, insuficiencia de la reunión duodenal, según Billroth, segunda manera; 2, gangrena del colon; 1, yeyunostomía secundaria para evitar la inanición, siendo seguida de fístula gástrica. Después de la peritonitis, los accidentes pulmonares (pneumonía, gangrena, embolia) han sido relativamente frecuentes, habiendo 10 pneumonías mortales y 6 que curaron, lo que hace un total de 10 por 100 de pneumoniás post-operatorias.

La supervivencia ha sido desconocida en 13 casos y conocida en 92; de éstos, á la fecha actual han muerto 65; todos, menos 3, de recidiva local ó de metástasis; 42 en los dos primeros años, 6 en el tercero, y 6 después del tercero; en los otros 3, la fecha es desconocida; la supervivencia media ha sido de diez y ocho meses, tres. Después de la gastro-enterostomía por cáncer ha sido de seis meses cuatro, no pasando de siete meses y medio en las mejores estadísticas de otros autores.

De 29 piezas cancerosas estudiadas histológicamente, 10 veces se vió que la sección había tenido lugar aun sobre pared infiltrada, en cuyos casos la supervivencia media fué de catorce meses y medio, es decir, más de doble de la lograda por gastro-enterostomía; en los otros 19 casos en que la sección había sido practicada sobre tejido sano, la supervivencia fué de veintidós meses y medio.

27 operados viven todavía, de los cuales 17 hace más de tres años, y entre ellos 5 más de cinco años, 3 más de seis, 1 diez y medio y 1 doce años y medio, siendo de notar que entre los 65 muertos hubo 3 de recidivas tardías entre cuatro y cuatro años y medio,

por lo que es juicioso no pronunciar más que con reserva la palabra curación definitiva.

Limitando la estadística hasta 1902, se halla que el 18,4 por 100 de los gastrectomizados no tuvieron recidiva en tres años, y si se eliminare de ellos las muertes operatorias, correspondería á 30 por 100 de enfermos sobrevividos á la operación.

Divertículum del íleon como causa de oclusión intestinal completa por modo aún no descrito, por F. H. Gerrish. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics.* Julio 1907.)

Se trata de un caso de oclusión por divertículo de Meckel, cuya disposición no parece haber sido señalada todavía, y cuyo mecanismo permanece desconocido. Un hombre de veinte años sufría desde hacía cuatro días accidentes de oclusión intestinal; el intestino grueso estaba vacío, y el delgado con dilatación media.

Se diagnosticó oclusión al nivel de la parte inferior del intestino delgado, sin poder precisarse más.

Como el estado general no era muy malo, se procedió inmediatamente á laparotomizar, encontrándose el obstáculo á 50 centímetros de la válvula íleo-cecal, estando constituído por un divertículo intestinal, que cruzando el asa obturada, atravesaba en seguida un orificio en el mesenterio muy próximo al interior y se prolongaba por una brida delgada, dirigida hacia la pared abdominal anterior, donde se ataba, que fué rota rápidamente por las manipulaciones, no pensándose en averiguar dónde estaba inserta. Desde que fué rota, el divertículo pudo ser retirado con facilidad del agujero mesentérico, con el cual no tenía ninguna adherencia. La operación se terminó por la ablación del divertículo y el hundimiento de su pedículo en la luz del intestino; aprovechando la ocasión operatoria para quitar el apéndice; curando el enfermo sin accidentes.

Actinomicosis del apéndice, por A. R. Short. (*Lancet*, 14 Septiembre 1907.)

Refiere 5 casos de ella que ha tenido ocasión de observar en los últimos años en *Royal Infirmary*, de Bristol, con cuyo motivo pasa revista á lo que se sabe de esta variedad particular de la peritiflitis, mucho más frecuente en realidad de lo que suele admitirse.

Löwe, en la monografía que la dedicó hace tres años, no había recogido, es verdad, más que 68 casos, pero Short ha encontrado 27 que han sido publicados después. Además, en muchos casos la afección debe permanecer desconocida, pues su naturaleza no puede casi ser diagnosticada más que por la comprobación directa de

granos actinomicósicos en el pus; de todos modos, es interesante hacer notar que sus 5 casos han sido hallados en 380 de apendicitis, y que, de otra parte, en 650 afecciones de la fosa ilíaca izquierda observada en *St. Bartholomew's Hospital,* no se han encontrado más que 7 debidas á actinomicosis.

Respecto á sexo, de los 68 casos de Löwe, 49 eran hombres y 19 mujeres; y de las 20 observaciones publicadas recientemente en Inglaterra, 13 eran hombres y 7 mujeres. Por edad, la actinomicosis no se encuentra sino rara vez antes de los catorce años, y su máximum se presenta entre veinte y treinta. El mayor número de casos recaen sobre sujetos ocupados en trabajos agrícolas ó manipuladores de cuerno. Particularidad etiológica interesante á lo menos en 5 casos, dos de ellos relatados por Short, se hallaron cuerpos extraños, que aparentemente sirvieron de vehículo al agente infeccioso.

Según Poncet y Bérard, en 60 por 100 de los casos, la actinomicosis abdominal tendría por punto de partida la fosa ilíaca derecha; aunque no siempre es posible determinar exactamente el origen del proceso. En 21 casos de la estadística de Löwe, útiles á este repecto, en 16 partió del apéndice y 5 del ciego; en 13 casos publicados más recientemente, 10 son de origen apendicular y 3 de cecal.

La lesión primitiva se presenta generalmente bajo la forma de una pequeña ulceración de la mucosa, rodeada de una zona congestionada, y que tienda á extenderse tanto en superficie como en profundidad; otras veces se trata de nodulitos en la capa submucosa que hacen relieve á través de la mucosa pigmentada, que acaba por reblandecerse y ulcerarse.

En su desenvolvimiento ulterior se pueden distinguir tres tipos: la mucosa ulcerada en gran extensión forma la principal, si no la única, manifestación morbosa; la pared del apéndice y ciego sufren un espesamiento considerable, sin que haya perforación; ó con más frecuencia, en fin, conduce á la perforación, sin que esto ocasione necesariamente la peritonitis aguda generalizada, sino que se forman abscesos que funden en todas direcciones y se rodean de adherencias extremadamente densas, llegando, en uno de los casos de Short, á tener el peritoneo más de un centímetro de espesor. Al lado de esta propagación del proceso por continuidad, que se traduce por las localizaciones más diversas (músculos de la pared abdominal, región lumbar, ombligo, pulmones, pleura, pared torácica, absceso subfrénico, etc.), se observan con bastante frecuencia metástasis por vía sanguínea hacia el hígado (y Kellock ha dado á conocer recientemente un caso de absceso metastásico en el páncreas), así como infecciones secundarias con septicemia.

Bajo el punto de vista clínico, la enfermedad se manifiesta al principio por dolores vagos al nivel de la fosa ilíaca derecha, á ve-

ces asociados á diarrea rebelde; en seguida aparece el segundo período, durante el cual tiene lugar la formación, en la fosa ilíaca derecha, de un tumor duro y adherente á los tejidos profundos más que á la pared abdominal. Aparecen luego abscesos que se abren en la vecindad del tumor, dando salida á pus negro y fétido, en el cual se pueden descubrir granos de actinomicosis, que faltan con frecuencia, sobre todo si el líquido tiene carácter fecaloídeo, siendo el momento más propicio para su comprobación el de la abertura del absceso.

Este período de formación de fístulas dura por lo general varios meses, complicándose con abscesos subfrénicos ó pulmonares, acabando por sucumbir el enfermo con fenómenos de caquexia y fiebre héctica, á menos que los trayectos fistulosos no se cicatricen, y todavía, aun en este caso, la curación no es siempre definitiva.

En tanto que no hay perforación, el diagnóstico no puede ser establecido más que por la comprobación directa de actinomicetos en las deposiciones. Se puede, sin embargo, sospechar su existencia siempre que se trate de un sujeto de más de catorce años que por tener un tumor duro, adherente, en la fosa ilíaca derecha, parece atacado de apendicitis, pero con dolores ligeros, sin temperatnra elevada ni vómitos acentuados. Si, además, la piel está edematosa, espesada y presenta color violáceo, el diagnóstico se convierte en muy verosímil. Lo mismo sucedería si después de una operación de apendicitis se vieran formarse adherencias masivas, y al mismo tiempo de abscesos, fístulas secundarias en la vecindad. Un dato importante, capaz de facilitar el diagnóstico, es el carácter esponjoso de estos abscesos, como consecuencia del cual una colección voluminosa puede no dar más que muy poco pus; carácter que falta cuando existe infección piógena secundaria más ó menos acentuada. Pero aun con estos datos precisa acudir, para asegurar el diagnóstico, á la averiguación directa de las granulaciones características en el pus.

El pronóstico es mucho más desfavorable que admiten los autores ingleses, sobre todo teniendo en cuenta la larga duración de la afección y su tendencia á las recidivas. Así, un enfermo de Short, después de abandonar el hospital como curado, reingresó un año más tarde, y acabó por sucumbir; habiendo sido registrados hechos análogos por Blaschko, Waring, etc.

En la estadística de Löve hay 12 curaciones, 36 muertes y 20 casos en tratamiento. De las 13 observaciones publicadas recientemente, cuatro curaron y nueve murieron. Parece, pues, que más de los dos tercios de los enfermos sucumben, y que aun los considerados como curados quedan expuestos á las recidivas.

Respecto á tratamiento, sería racional extirpar todos los focos de

infección; pero, por desgracia, intervención tan radical no es cási realizable, en razón de los sacrificios necesarios, por lo que en la mayor parte de los casos queda reducida á la simple abertura del absceso. En cuanto á medicamentos, se prescribe generalmente el ioduro potásico á altas dosis, el arsénico, las inyecciones de tuberculina, etc. Se ha aconsejado lavar las heridas con tintura de iodo diluída, y Waring ha recomendado el agua oxigenada como el mejor tópico para los trayectos fistulosos.

DR. R. L. YAGÜE

Estomatología.

La abrasión mecánica en los obreros que trabajan el caucho.
(Prudhomme, *Le Laboratoire.*)

Describe el autor un caso muy curioso de abrasión mecánica, de etiología bastante particular. Es un caso típico; de los incisivos superiores é inferiores no quedan sino fragmentos que se ajustan cuando el paciente cierra la boca. En el resto el paciente muerde casi sobre las encías, que están muy inflamadas.

El autor, asombrado de la extensión de la abrasión, y no encontrando razones suficientes que la explicaran, interrogó al paciente sobre la profesión que ejercía, y supo que confeccionaba objetos de caucho. El enfermo añadió que la mayoría de los obreros que trabajaban en el caucho se encontraban en el mismo caso.

Si las afirmaciones de este enfermo pudieran confirmarse, sería interesante averiguar si la costumbre de mascar el caucho podía ser causa, á la larga, de provocar una abrasión tan importante como en el caso referido. (*La Odontología.*)

Algunas palabras sobre el eczema de los labios y el eczema debido á las aguas dentífricas.

El dermatologista Galewsky, de Dresde, publicó, en el *Münch. Medizin. Wochenschrift*, núm. 28, un artículo sobre el eczema de los labios, que, según él, es una afección que se encuentra muy rara vez.

M. Albert Reumer ha visto 80 casos diferentes; ha estudiado la cuestión, y ha llegado á las conclusiones siguientes:

El eczema de los labios se encuentra más frecuentemente en otoño. El autor ha observado 75 veces por 100, en la misma estación, en los labios de mujeres de piel fina excoriaciones que, bajo la influencia de ciertas irritaciones, dieron lugar al eczema en cuestión.

Se observa desde luego tumefacción y rubicundez en el 95 por

100 de los casos, en el labio inferior, á veces hasta la comisura.

El enfermo siente una sensación de tensión y de dolor, y como en el eczema en general, una descamación. Galewsky añade á todo esto las excoriaciones.

El autor pretende son una causa predisponente. Por la puerta de entrada de los irritantes, que producen la emigración de los glóbulos blancos y el edema de toda la parte. Si la irritación es permanente, las pústulas que se han cerrado se llenan de pus. Se ha achacado á las aguas dentífricas la causa de esta afección, y especialmente á aquellas que contienen salol.

El autor ha hecho ensayos con este fin. Una mezcla de alcohol con algunos cristales de salol no producen el eczema; pero añadiendo algunas gotas de menta (25 gotas por 100 gramos), pudo observar reacciones que indicaban el primer estado del eczema.

El autor hizo ensayos con otras esencias, llegando al mismo resultado.

Como terapéutica, conviene alejar el irritante; la aplicación de pomadas calmantes es inútil; aplicaciones externas de hielo. (*La Odontología.*)

Anestesia de incisivos y caninos superiores por vía nasal.
(Wicart: *Médecin Praticien.*)

En el curso de intervenciones en el suelo de las fosas nasales ó sobre los cornetes, con aplicación de tapones con cocaína, los rinólogos han observado una anestesia completa de la región de los incisivos y de los caninos superiores. Este fenómeno es debido á que el filete dentario anterior, que es el único que inerva esta región, se extiende por la superficie del suelo de la fosa nasal, por detrás del borde saliente que limita por bajo el orificio de la nariz.

No es imposible que este modo de anestesia, descubierto por casualidad, sea utilizable, empleado metódicamente en las diversas operaciones que pueden practicarse en esta región (extracciones, incisión de abscesos, resección apical).

La técnica se reduce á la aplicación en la región anterior de la fosa nasal de un tapón de algodón de la forma y dimensiones de una almendra, mojada con una solución de cocaína al 1 por 20 ó 1 por 10 (dosis corrientes en rinología), asociada ó no á la adrenalina al 1 por 1.000. Basta llevar el tapón con la ayuda de unas pinzas hasta tocar la cabeza del cornete inferior; de no colocarse á esa profundidad, el resultado será deficiente.

Durante la aplicación, á fin de evitar el deglutir algunas gotas de la solución de cocaína, se hace flexionar la cabeza ligeramente hacia adelante; el exceso del líquido resultante de la compresión del

tapón en el momento de introducirlo, cae por esta sencilla precaución hacia afuera.

La anestesia suele presentarse á los veinte ó treinta minutos después de la aplicación.

Fabricación de bloques de oro por los métodos de P. Robin, Solbrig y de Hartley. (*Le Laboratoire.*)

En la Sociedad de Estomatología de París, sesión del 18 de Febrero próximo pasado, Mme. Gires ha presentado una serie de bloques de oro en sus diferentes fases de fabricación, obtenidos por los tres procedimientos siguientes:

El método de P. Robin consiste en tomar con una hoja de platino recocido la impresión de la cavidad que debe ser rellenada. Para evitar que dicha impresión se deforme al quitarla, se coloca un poco de cera. Dicha impresión debe comprender una parte del diente que se va á reconstituir. Después se coloca en un material de revestimiento y se funde sobre ella la soldadura de oro con el soplete á pedacitos muy pequeños hasta modelar el contorno del bloque metálico.

En el procedimiento de Solbrig, aún llamado á la cera perdida, la medida de la cavidad es tomada con una hoja de platino, en la cual se confecciona un bloque de cera, de tal modo que reproduzca exactamente la forma que se quiera dar al bloque de oro. Al bloque de cera se fija por su parte prominente un pequeño cono de la misma sustancia. El conjunto se cubre con material de revestimiento, de manera que quede libre la base del cono.

Cuando la cera desaparece por la acción del calor, deja en la masa de revestimiento una cavidad donde se pone el oro fundido, y previo enfriamiento, se saca el bloque formado. No queda más que quitar el cono adyacente y pulirlo.

El método de Harthley es muy minucioso: consiste en estampar sobre modelos especiales la matriz que representa la base del bloque de oro, de una parte, y la superficie de contorno, de otra. Estas dos piezas, una vez estampadas, se sueldan por sus bordes, y por un orificio dispuesto convenientemente se introduce el oro fundido, que viene á rellenar la cavidad.

Termina M. Gires manifestando que con los tres procedimientos se obtienen buenos resultados, dejando al criterio de cada uno la elección de método.

Finalmente, hace historia de las incrustaciones de oro, atribuyendo su principio al Dr. Aguilhon de Sarran.

Nuevo procedimiento de tratamiento de la periostitis alveolar por las inyecciones de salicilato de sosa. (*Revue de Stomatologie.*)

M. Margery, inspirándose en el procedimiento del Dr. Bouchard para el tratamiento del reumatismo articular agudo, y siguiendo el ejemplo de G. Lemerle, ha aplicado al tratamiento de la periostitis aguda las inyecciones de salicilato de sosa al 3 ó al 2 por 100. La dosis varía de 1 á 2 c. c., según el volumen y el número de raices del diente enfermo. La inyección debe hacerse tanto más lentamente cuando más denso sea el tejido. Puede colocarse en el surco vestibular ó en el mismo reborde gingival; en este caso, sin embargo, el método no estaría exento de inocuidad. Las inyecciones locales de salicilato de sosa estarían indicadas cuando hubiesen fracasado los procedimientos más racionales empleados en el tratamiento de las caries de cuarto grado, ó simplemente en los casos de dolores intensos debidos á la periostitis.

M. Margery añade á la exposición de su método once observaciones, de cuya lectura se saca la conclusión de su poca eficacia, á menos que algún perfeccionamiento en la técnica venga á hacerle más útil.

Añadamos que el método no está exento de peligros, porque dos veces ha sido seguido de esfacelo, con eliminación en un caso de un secuestro alveolar.

DR. LANDETE

Ginecología.

La tintura de iodo en la fiebre puerperal, por el Dr. Mergari. (*Il Policlinico,* 1907.)

El autor de esta comunicación recomienda en el tratamiento de la infección puerperal un método que hace más de un año dió á conocer en la REVISTA IBERO-AMERICANA nuestro compañero el doctor Martínez Cerecedo, método que después copiaron algunas revistas extranjeras.

Dice el Dr. Mergari que en los casos de fiebre puerperal, cuando sospecha que existen restos placentarios, y aun sin esta circunstancia, una vez desinfectada y dilatada la vagina y practicado un ligero raspado del endometrio, hace con una solución antiséptica el lavado de la cavidad uterina valiéndose de la sonda de Doléris y después, por entre las ramas de esta sonda, inyecta en el útero de 100 á 500 gramos de una mezcla de tintura de iodo y agua á partes iguales, procurando que las ramas de aquel instrumento estén bien separadas para que la mezcla pueda salir con facilidad. Pasados algunos minutos, y en cuanto la enferma acusa la menor molestia, abre la llave de la sonda y hace con agua hervida un lavado abundante pa-

ra quitar el exceso de iodo, y una vez terminado, no introduce gasa en el útero ni en la vagina. Ha empleado en siete enfermas este procedimiento, consiguiendo la apirexia y curación completas constantemente con una sola inyección, á veces en el mismo día y siempre al siguiente, aun en los casos que habían resistido á otros tratamientos. Cree el autor que estos éxitos sean debidos á la gran cantidad de iodo en estado naciente que se desprende de la tintura con la adición de agua caliente.

Hipertensión arterial y accesos eclámpsicos, por el Dr. J. L. Chirie. (*L'Obstétrique*, Julio 1907.)

Este asunto ha servido al autor para reunir en una extensa memoria numerosas investigaciones experimentales y hechos clínicos que dan á su estudio mayor importancia. De ellos se deduce que la tensión arterial no se modifica durante el embarazo, variando sus límites entre 12, 14 y 15 c. c. de mercurio.

Respecto á la relación entre la albuminuria y la tensión arterial, dice que cuando aquélla es pasajera, la tensión es normal; si la albuminuria es persistente, la tensión arterial se eleva á 16, 17 y 18 c. c. Los accidentes graves de auto-intoxicación van acompañados de hipertensión arterial, pudiendo ésta existir sin albuminuria y ser el signo precursor único de los ataques de eclampsia. Durante el período de estado de la intoxicación, la hipertensión persiste y marca una media constante de 18 á 26 c. c.

Si la presión arterial va disminuyendo hasta llegar á la normal, correlativamente se observa una mejoría en el estado general de las enfermas, que se convierte en curación cuando la normalidad de la tensión se mantiene definitiva.

Para el autor, la hipertensión arterial de la eclampsia está en relación con un estado renal cuyo mecanismo no es fácil definir. Según él, los ataques de eclampsia reconocen por origen una crisis renal aguda (quizá congestión renal con exceso de tensión), y el mecanismo por virtud del cual se producen los accidentes observados, tal vez sea efecto de la acción de nefrotoxinas sobre el hígado y el sistema nervioso.

En todos los casos, el tratamiento que se empleó en la Maternidad fué la sangría abundante, profusa, repetida según la necesidad, pudiendo servir de guía para esto el esfigmomanómetro. Este tratamiento, según el autor, es perfectamente racional, porque, practicando una emisión sanguínea abundante de 1.200 á 1.500 gramos, se sustrae una considerable cantidad de venenos y á la vez se disminuye la tensión arterial al organismo, que es un factor de graves lesiones.

Tratamiento médico de las hemorragias uterinas.

En una de las sesiones celebradas por la British Gynæcological Society dió cuenta el Dr. Jervois Aarons de noventa y tres casos de hemorragias uterinas que había tratado por diferentes medios (ergotina, hidrastinina, clorhidrato de cotarnina, calcio, adrenalina, etc.).

En gran número de casos resultó muy eficaz el phthalato neutro de cotarnina por su acción sobre el sistema vaso-motor, siendo recomendable en las hemorragias de la menopausia y del embarazo. El calcio, bajo la forma de lactato ó de clorato, cuando resultan ineficaces los preparados de ergotina, el hidrastis y la adrenalina. Y á veces, como en tres de los casos referidos por el autor de la comunicación, cuando todos estos medios se emplean sin resultado, se combaten las metrorragias de un modo seguro con las inyecciones rectales de gelatina practicadas tres veces al día y durante dos ó tres consecutivos, valiéndose para ello de un irrigador ordinario.

Puerperio y tuberculosis, por el Dr. Carli. *(Annali di Ostetricia e Ginecologia,* Agosto 1907, p. 227.)

Aunque es un asunto muy delicado el que se refiere á las indicaciones de la intervención en los casos de embarazo en mujeres tuberculosas, y de él nos hemos ocupado en otro número de esta REVISTA, no queremos pasar en silencio la comunicación del Dr. Carli. En ella estudia este autor la sobrecarga funcional que tanto debilita el organismo durante el embarazo y el puerperio, demostrando las investigaciones hechas por diversos profesores que en dichos estados está disminuído considerablemente el poder de resistencia orgánica frente á las infecciones é intoxicaciones.

Cita tres casos de tuberculosis poco acentuada durante el embarazo, que fué gradual y progresivamente agravándose en los días consecutivos al parto, hasta ocasionar la muerte de las enfermas.

En vista del fatal término que tienen, por lo regular, todas las mujeres que se encuentran en estas condiciones, el profesor Bossi, de Génova, se muestra partidario de la interrupción del embarazo cuando se confirma un proceso tuberculoso; y para probar la beneficiosa influencia de la intervención en la marcha de la tuberculosis, cita el Dr. Carli un caso de la práctica de aquel profesor. Se trataba de una mujer de treinta años de edad, embarazada de cuatro meses, con fenómenos de bronconeumonía del vértice izquierdo, fiebre típica, sudores nocturnos, y en cuyos esputos se descubrieron numerosísimos bacilos de Koch. Provocado el aborto por el método de dilatación rápida de Bossi, mejoraron rápidamente las condicio-

nes de la enferma poco después del aborto, desaparecieron los fenómenos pulmonares, y el examen de los esputos no reveló la presencia de bacilos. De esto deduce el Dr. Carli la conveniencia de intervenir con oportunidad y rapidez en los embarazos complicados con tuberculosis, para conservar á las enfermas todas sus energías.

Peritonitis aguda consecutiva á la rotura de un piosalpinx, por Gaston Cotte et André Chalier. *(Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, Agosto 1907.)

Aunque, afortunadamente, ocurre pocas veces la rotura de una colección purulenta de la trompa en la cavidad peritoneal, ya sea por un esfuerzo, bien por un traumatismo, ó simplemente por la administración intempestiva y exagerada de purgantes, ó también por maniobras ginecológicas mal dirigidas, no huelgan las observaciones que ha sugerido á los autores de este trabajo la relación de cinco casos de peritonitis aguda determinada por dicho accidente. Éste se anuncia por dolor violento y profundo en el bajo vientre, seguido de vómitos, timpanización, escalofríos, depresión del pulso, etc.; síntomas y marcha que revelan una peritonitis por perforación, que puede corresponder lo mismo á un piosalpinx que al apéndice ó al intestino; pero que en los primeros instantes permite descubrir su origen el examen vaginal y, más que nada, los antecedentes de la enfermedad genital, sobre todo cuando el tacto, combinado con la palpación, se practica en el momento que el vientre está muy timpanizado y doloroso. El pronóstico es muy grave, por la naturaleza excesivamente séptica del pus, y sólo la laparotomía precoz, es decir, practicada en las primeras veinticuatro ó, á lo sumo, en las cuarenta y ocho horas después de la rotura del piosalpinx, ha dado algunas aunque escasas curaciones. Los autores recomiendan la castración total, aunque hay casos en los cuales, por la gravedad del estado de la enferma, deberá uno contentarse con un simple desagüe abdómino-vaginal.

DR. GUTIÉRREZ

Laringología.

De la fisiología y anatomía microscópica del órgano del oído en la aplasia total de la glándula tiroides, por el Dr. Siebenmann. (*Arch. f. Ohr.*, 1906.)

El autor combate la teoría de la sordera en los atiroídeos. Muchos enfermos de bocio vistos por él poseían una agudeza de oído sorprendente, y cita un caso de un niño de trece años, caquéxico ya á consecuencia de atrofia tiroídea, de origen operatorio, que no pre-

sentaba el menor trastorno de oído. En general, las afecciones del oído interno son más frecuentes en el sexo masculino, mientras la degeneración del tiroides lo es en el femenino. Una porción de necropsias, demostrativas de ausencia del tiroides en cretinos, que aunque malhablaban oían muy bien, siguen dando razón al autor. Los cretinos estudiados por Pœhl y Maresch no eran sordos. En siete casos de idiotismo con caquexia, descritos por Bourneville, había ausencia del tiroides y ninguno era sordo, y uno hasta pudo aprender á leer y escribir.

Anatómicamente, Siebenmann ha podido entrever que no existe relación entre el desarrollo del cuerpo tiroides y el del laberinto membranoso. Tratóse de un niño de cuatro y medio años de edad que murió de caquexia mixedematosa; minuciosísimas investigaciones macroscópicas y microscópicas demostraron la ausencia de toda señal de tiroides, pero también la integridad del laberinto membranoso y del nervio acústico (presentó láminas con cortes del laberinto).

No es, pues, exacta la conclusión de la comisión del mixedema, pues si es cierto que existen mixedematosos atiroídeos afectos de sordera nerviosa, no son los más, aparte de observarse sordos en otras formas degenerativas, cual raquíticos y condrodistróficos.

Condiciones anatómicas que permiten el paso del pus del antro mastoídeo al cuello, por el Dr. Cheatle. (*Rev. heb. de Laryng.*, 23 Marzo 1907.)

Las celdas mastoídeas tienen una situación muy variable, y unas veces están poco desarrolladas y otras son grandes y bajan hasta la punta; según su extensión y situación, la perforación puede hacerse, ya en la parte interna (perforación Bezold), ya en la punta, ya en la ranura digástrica. Y en ciertos casos, rarísimos, de mastoides desprovista de celdas, el pus se abre camino á través del *foramen* yugular.

Diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Ménière y las demás afecciones de síndrome análogo, por el Dr. Parry. (*British Med.*, 1907.)

La enfermedad de Ménière es rara: los pseudosíndromes Ménière son frecuentes. Aquélla se produce en sujetos cuyo aparato auditivo es normal, su aparición es brusca, y hay sordera del nervio auditivo; los pseudosíndromes se producen, progresivamente, en enfermos ya de oído, y la sordera no es esencial. En ambos casos hay vértigos, vómitos y ruidos de oídos; el diagnóstico hay que establecerlo atendiendo á los antecedentes y á las pruebas con el diapasón. En la enfermedad de Ménière la aplicación de setor detrás de la oreja dará buenos resultados.

A propósito de la sinusitis maxilar crónica y de su cura radical, por el Dr. Mermod. (*Ann. des mal. de l'or.*, núm. 1, 1907.)

No es posible basarse en la anatomía patológica ni en ningún resultado necrópsico para establecer la etiología ó naturaleza, aguda ó crónica, de esta afección. Según los anatómicos, el origen dentario es rarísimo (la presencia de fungosidades más ó menos espesas en determinado punto del antro no es signo etiológico de gran valor). Oppikofer ha visto constantemente las extremidades radiculares cubiertas de una capa ósea sana; Hajeck admite la infección del seno á través de una pared ósea, en apariencia sana, de un modo análogo á las complicaciones cerebrales de origen ótico ó sinusal. Es inexacta y contraria á la experiencia clínica la distinción que hace la escuela francesa entre empiema y sinusitis; Sebileau ha demostrado la acción recíproca de las enfermedades crónicas del aparato alvéolo-dentario y de la mucosa del seno.

Cualquiera que sea la etiología de la sinusitis, la conducta á seguir es muy sencilla: en las infecciones recientes el lavado transmeático repetido da resultado positivo; si la supuración persiste juntamente con la intransparencia, hay que operar. Para asegurarse que no hay otro foco de pus del lado del seno frontal, no hay sino hacer aspiración con una jeringa de cánula olivar, cuya oliva se ajusta al vestíbulo nasal; si, habiendo previamente puncionado y vaciado el antro, aparece el pus en el meato medio, á consecuencia de una aspiración rápida, es que el seno fronto-etmoidal está invadido; este proceder es tan exacto y menos doloroso que el cateterismo del seno frontal. La intervención preferida será la de Caldwell-Luc, superior á todas, que se hará, lo más tarde, si al cabo de un mes de lavados á través de un alvéolo la sinusitis persiste. En dos semanas es posible obtener la curación mediante el proceder de Luc, mientras son necesarios dos meses, por lo menos, con cualquier otro. La abertura antro-nasal será todo lo mayor posible, y si el meato es ancho, se prolongará hacia atrás; antes de obturar la brecha bucal pásese una tira de gasa aséptica, que drenará por la nariz, por donde se extraerá á los dos días. El autor emplea la anestesia local; el raspado—con el raspador Stacke—lo hace empezando en la misma brecha—nasal,—extrayendo así la mucosa entera.

Sobre la diplacusia, por el Dr. Freytag. (*Zeitschr. f. Ohrenh.* Feb. 1907.)

Unos autores la atribuyen á un trastorno de resonancia y localizan la lesión en el oído medio, otros créenla de origen laberíntico. He aquí un caso que puede resolver esta duda: trátase de un sifilítico que á los seis meses del contagio aqueja violentas cefaleas con

vértigos intensos y con ruidos subjetivos localizados en el oído izquierdo. Examen: nada en los oídos medios ni en las trompas. Las pruebas auditivas revelan una particularidad: los diapasones son percibidos un cuarto de tono más subido en el lado izquierdo que en el derecho.

El origen laberíntico es, pues, indudable. Al tratamiento hidrargírico intensivo, los vértigos, ruidos y diploacusia desaparecieron rápidamente.

De la electro-ionización transtimpánica, por el Dr. Aristide Malherbe. (*Bull. méd.*, 1907, número 16.)

Este método, preconizado por S. Leduc, se emplea en el tratamiento de las esclerosis del oído, sirviéndose de soluciones de cloruro de sodio, de ioduro de potasio ó de sodio, de nitrato de pilocarpina, etc.

Deben hacerse tres sesiones por semana, de siete á ocho minutos para cada oído. Con este tratamiento se ha conseguido modificar los tejidos enfermos del oído.

También ha tratado algunos casos de otitis supurada por la introducción del ion de zinc.

Pronóstico de las operaciones mastoídeas en los diabéticos, por el Dr. Meierhof. (*Archiv. of otolog.*, 1907.)

En los diabéticos la mastoiditis es tórpida, y no se manifiesta más que por síntomas de otitis media. Hay necrosis ósea rápida, sin exteriorización. Muchos enfermos mueren veinticuatro ó cuarenta y ocho horas después de operados, de coma diabético.

Entre los otólogos, unos opinan que si las orinas contienen más del 3 por 100 de azúcar, el pronóstico es muy grave. Otros son menos pesimistas, y operan aunque la orina contenga gran cantidad de azúcar.

Lo mejor es operar con anestesia cocaínica; si no, intervenir rápidamente, y en último término, hacer la operación incompleta.

En Alemania, se administra, antes y después de la operación, grandes cantidades de bicarbonato de sosa para aminorar la acidez urinaria.

Tratamiento del ozena por inyecciones de parafina sólida, con presentación de un nuevo aparato, por el Dr. Gault, de Dijon. (Trabajo presentado á la sociedad francesa de laringología, Mayo 1907.)

Para evitar los inconvenientes que tienen los aparatos construídos hasta hoy, ha hecho construir un instrumento, con el cual, en vez de aumentar la fuerza de impulsión, se ha disminuído la resistencia de la parafina.

Consiste en un cuerpo de bomba alargado y provisto de una aguja de calibre reducido que contiene un pequeño cilindro de parafina, que sale gracias á la presión de un pistón movido por el pulgar del operador. El aparato se sostiene entre el índice y el medio. Tiene tres agujas rectas de diferentes calibres, una curva y un mango.

Generalmente se opera con la aguja de calibre medio, empleando la gruesa cuando se quiere inyectar una gran cantidad de parafina.

Se puede cargar la jeringa estando colocada la aguja. En los casos de ozena muy acentuado, la aguja fina y la curva permiten reconstituir la cola del cornete. En fin, para el suelo y el tabique se emplea generalmente la aguja fina. La parafina á 45° sale fácilmente bajo la simple presión del pulgar.

Para limpiar la aguja y la jeringa deben pasarse por la llama, accionando con el pistón, con el fin de no dejar residuos, y después de terminada la operación se sumerge en salol ó bencina, accionando de nuevo el pistón. También contiene el aparato un hilo de acero, el cual, esterilizado, se introduce en la aguja. Hecho así, el aparato está en condiciones de usarse con sólo sacar el hilo é introducir un cilindro de parafina.

Estos se obtienen aspirando la parafina en un tubito de cristal. Cuando se va á hacer una inyección, se saca un cilindrito del tamaño que se desee y de calibre inferior al de la aguja en la cual se introduce. Estos cilindros pueden prepararlos los farmacéuticos.

El autor recomienda este aparato, del cual dice ha obtenido muy buenos resultados, pues su ligereza, su simple mecanismo y la facilidad de esterilizarlo, así como su forma alargada semejante á un estilete, hacen que se llegue sin gran trabajo al punto de elección. Por último, la jeringa puede cargarse antes ó en el momento de la intervención, con la seguridad de que será inyectada toda fácilmente, tanto en invierno como en verano, con la sola presión del pulgar.

Con este modelo pretende el autor simplificar y generalizar la técnica del tratamiento del ozena por las inyecciones de parafina.

DR. TAPIA

Neurología y Electroterapia.

El bromuro de metilatropina en las enfermedades del sistema nervioso, por el Dr. Hudovernig. (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 15 Octubre 1906.)

Se ocupa el autor de los excelentes resultados obtenidos en varias afecciones nerviosas con el empleo de esta sal, que contiene un 20,84 por 100 de bromo, es poco soluble en el agua fría, mucho menos tóxica que el sulfato de atropina, y sólo ejerce una débil in-

fluencia sobre las secreciones; su acción sobre el peristaltismo intestinal es idéntica á la del sulfato.

Entre las varias afecciones tratadas por este medio refiere 8 casos de *dolores fulgurantes de la tabes*, de los que obtuvo un completo éxito en seis. La dosis empleada fué la de 2 miligramos dos veces al día, con la que se logró la supresión de las crisis dolorosas, que no volvieron á presentarse durante cinco á diez días después de haber cesado la administración del medicamento.

Fueron tratados también por este medio tres casos de *cefalalgia específica* y otros tres de *cefalalgia* por *anemia*, con resultados asimismo muy satisfactorios.

Otros casos de *cefaleas* y de *hiperhidrosis*, de naturaleza igualmente neurósica, fueron rápidamente curados de igual modo.

Por último, nueve casos de *neuralgias* y *dolores* varios de naturaleza *reumática* fueron tratados sistemáticamente por el bromuro de metilatropina á la dosis de 2 miligramos tres veces al día. Entre estos casos, que todos curaron con gran rapidez, había tres de neuralgia del quinto par (dos agudas y una crónica) y dos de ciática aguda.

El autor no ha observado nunca trastornos en la economía por la influencia del medicamento, así como tampoco fenómenos de habituación.

Dicha sustancia medicamentosa parece se ha mostrado ineficaz en la *epilepsia*, la *parálisis agitante* y el *tic convulsivo*.

La administración en forma pilular disminuye la eficacia del remedio, y según el autor, la adición de otros medicamentos de efectos análogos, como el piramidón, aspirina, salicilato de sosa, etc., aumenta notablemente la energía del primero.

Acción terapéutica de la escopolamina en la enfermedad de Parkinson, por el Dr. Parisot. (*Revue Médicale de l'Est*, Noviembre 1906.)

No sólo el temblor, sino también los dolores, la rigidez, etc., de los parkinsonianos son influenciados muy favorablemente por la escopolamina, según la experiencia del autor.

La suspensión del temblor dura por término medio de doce á veinte horas, y la mejoría en los otros síntomas de cuarenta y cinco á cincuenta.

Si bien al cesar la administración del medicamento reaparecen todos los fenómenos habituales, Parisot ha comprobado que después de las inyecciones el temblor era menos violento y menos continuo durante tres ó cuatro días, terminando al fin por recobrar su intensidad primitiva.

Generalmente es suficiente la dosis de un cuarto de miligramo

para alcanzar los efectos deseados; y no hay que olvidar que aun á dosis muy refractas la escopolamina puede determinar en ciertos sujetos fenómenos de intoxicación debidos á una gran susceptibilidad de aquéllos para el medicamento. Así es que, en atención á este riesgo, al comenzar la medicación no debe traspasarse nunca la dosis de un cuarto de miligramo, y más adelante no pasar en manera alguna de un miligramo por dosis.

Otro inconveniente que tiene el medicamento en cuestión consiste en que, por efecto de su misma eficacia, el enfermo se habitúa á la inyección, que le produce el alivio de sus molestias, y la reclama imperiosamente, acaso con mayor frecuencia de la que puede permitirse.

Será, pues, conveniente vigilar mucho á los enfermos y hacer las inyecciones suficientemente espaciadas y por series de 10 á 12, descansando después tres ó cuatro días.

Parece, no obstante, que el organismo no se habitúa á la escolamina, pues la misma dosis de un cuarto de miligramo basta aún al cabo de cinco meses para producir la cesación del temblor.

Será, pues, conveniente el empleo del bromhidrato de escopolamina en todos los parkinsonianos con temblor y rigidez muy acentuados, pues si bien esto no les cura, sí les proporciona al menos durante algún tiempo bienestar y reposo.

Acción de las corrientes de alta frecuencia sobre la hipertensión é hipotensión arteriales, por los Dres. Delherm y Laquerrière.—Comunicación presentada á la Société de Thérapeutique el 8 de Mayo de 1907.

Los autores terminan su trabajo con una serie de conclusiones que vamos á extractar aun todo lo posible.

En los enfermos con hipertensión constante, únicos estudiados y puestos al abrigo de toda influencia extraña al agente eléctrico, el efecto hipotensivo inmediato después de cada sesión no ha parecido á los autores un fenómeno tan constante como generalmente se asegura. Asimismo la duración de este efecto hipotensivo ha sido menos constante y menos acentuado de lo que suele decirse por los prácticos.

Las observaciones recogidas no permiten á los citados experimentadores afirmar que estas aplicaciones de alta frecuencia puedan preservar con seguridad á los enfermos de los accidentes propios de las arterioesclerosis, ni de una nueva elevación de la presión arterial, y esto aun yendo acompañado el tratamiento de un régimen alimenticio apropiado.

En los enfermos estudiados bajo este punto de vista, no se ha encontrado tampoco una modificación notable de la presión capilar, y

si únicamente, como fenómeno vascular más frecuente, se notaba un aumento de amplitud del pulso capilar, sin que tampoco fuese esto constante.

Clínicamente, los resultados obtenidos por los autores en los enfermos sometidos á la alta frecuencia, han sido, en general, muy favorables siempre que se ha tratado de artríticos, gotosos, preesclerosos, arterio-esclerosos, etc.

Por estas razones, los autores estiman que no es la tensión sanguínea el único factor que deba tenerse en cuenta, y conceden una mayor importancia á la acción de estas corrientes sobre la nutrición general. Ellas pueden sin duda alguna activar la ventilación pulmonar, produciendo una mayor eliminación de ácido carbónico y una fijación más enérgica del oxígeno por la sangre, todo lo cual aumenta la rapidez de los cambios nutritivos (reducción más rápida de la oxihemoglobina), hace más activa la termogénesis y, finalmente, mejora la fórmula urinaria, asegurando la más completa eliminación de los excreta. En su virtud, los Dres. Delherm y Laquerrière consideran las corrientes de alta frecuencia y tensión como uno de los más importantes medios higiénicos que debieran prescribirse siempre sistemáticamente para procurar el alivio, y quizá también como medida preventiva.

Parálisis traumática del radial, por el Dr. Berger.
(*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*)

El autor hace la referencia de un caso que ha observado recientemente, cuya importancia estriba en las reclamaciones á que ha dado lugar por parte del enfermo, apoyado en la existencia de una ley sobre los accidentes del trabajo. Este caso es una demostración más de las falsas bases en que se estableció dicha ley, que á tantas controversias é interpretaciones puede prestarse, y que ya la práctica va demostrando lo que no alcanzó á prever el legislador, aunque no era muy difícil adivinarlo.

El caso de referencia es el de un hombre que presenta los signos de una parálisis radial evidente, con conservación de la sensibilidad y de la contractilidad eléctrica. El enfermo atribuye su dolencia á la flexión forzada de la cabeza sobre el cuello, bajo el peso de un enorme fardo que había tenido que transportar un mes antes de la presentación de la parálisis.

Pasando revista á las causas que pueden producir dicha parálisis, M. Berger no vacila en descartar el traumatismo directo, que no fué lo bastante intenso para producir una contusión de la medula, que habría impedido en el acto el trabajo. Si la lesión se hubiera producido por distensión de las raíces del plexo braquial, lo que ha-

bría exigido violentas tracciones sobre el plexo, se observarían los signos propios de las parálisis radiculares, que faltaban en este caso.

Aun no existiendo en el individuo predisposición alguna, podría pensarse en el histero-traumatismo, es decir, en una parálisis por causa inderecta; pero la parálisis histérica es segmentaria: todos los músculos de una región son invadidos en masa, y es á la vez motriz y sensitiva.

Por último, y teniendo en cuenta que el enfermo es algo alcohólico, el autor se decide, con razón, por el diagnóstico de una parálisis vulgar por compresión del radial ocasionada durante el sueño.

Mucho podría decir aquí, pero no es el sitio adecuado, sobre los infinitos casos en que la ley de accidentes del trabajo es de imposible aplicación, y de otros en que injustamente se aplica, así como también son numerosas las ocasiones en que no protege á los que verdaderamente lo merecen, por imposibilidad ó ignorancia para demostrar la relación de causalidad de los accidentes y enfermedades más ó menos incurables, con muchas clases de oficios ó profesiones.

¿Qué se dirá del caso de un pintor que, después de diez años de estar intoxicándose lentamente, presenta una parálisis que le impide en poco tiempo continuar trabajando? ¿A quién se hará responsable en este caso para indemnizar al obrero? ¿Al último patrono con quien trabajaba cuando quedó inútil? Casos como éste se han resuelto con evidente atropello de la razón y de la justicia, y después de agobiar con infinitos informes, declaraciones y reconocimientos, no sólo á los infelices litigantes, sino también á los peritos médicos, que no son los que menos impertinencias tienen que sufrir con los incidentes á que da lugar la aplicación de la flamante y *amparadora* ley sobre los accidentes del trabajo.

Un caso de tétanos tratado por el método de Bacelli, por el Dr. Talamon. (*La Médecine Moderne*, 31 Octubre 1908.)

Refiere la observación de una mujer atacada de tétanos después de un período de incubación de diez días.

Aparte de una dosis única de 4 gramos de cloral que se le administró, fué exclusivamente tratada por inyecciones subcutáneas de una solución al 2 por 100 de ácido fénico, inyectando de cada vez 10 c. c., equivalentes á 20 centigramos de ácido fénico, y llegando á hacer hasta tres inyecciones al día.

La rigidez muscular del cuello y de las piernas empezó á disminuir desde el cuarto día después del comienzo de las inyecciones, y el trismus desde el décimo día; advirtiendo que la atenuación de los síntomas fué continua y gradual, con una regularidad verdaderamente inusitada, hasta la completa curación.

El tratamiento fenicado duró diez y nueve días, y la cantidad total de ácido fénico administrado fué de 7,20 gramos.

No hubo más fenómenos de intolerancia que una crisis de cólico con diarrea biliosa que se presentó al séptimo día de tratamiento, pero que desapareció rápidamente, presentando las orinas al día siguiente la coloración propia del ácido fénico.

De igual manera que el opio, el cloral, etc., el ácido fénico es perfectamente tolerado por los tetanizados; por consiguiente, el autor cree innecesario el andar con tanteos, ni dar dosis fraccionadas de hora en hora, sino desde luego inyectar 20 centigramos de una vez cada seis horas, pues las inyecciones, al decir del mismo, no provocan ningún trastorno local.

Por último, aconseja que cuando se trate de un caso grave, febril y de corta incubación, no se tenga reparo en inyectar hasta un gramo y aun 1,20 gramos al día, divididos en cinco ó seis dosis.

La meningitis purulenta, por el Dr. Albert Delcourt.
(La Pathologie infantile, Mayo 1906.)

Es un estudio interesante basado en la observación de dos casos de meningitis purulenta cuyas particularidades clínicas vienen perfectamente á demostrar que no siempre el diagnóstico de la meningitis puede hacerse con la misma facilidad que cuando presenta la afección el conjunto más ó menos completo de sus síntomas característicos.

Estos casos anómalos, estas formas larvadas y desordenadas, de principio extraño é incierto, que pueden parangonarse con lo que se observa en ciertos casos de inflamaciones peritoneales, han dado ocasión á que Dupré, en 1894, propusiera la expresión vaga de meningismo para designar esos casos que, afectando en apariencia una gran lesión meníngea, no eran, á su juicio, sino manifestaciones funcionales reflejas, sin lesión anatómica propia y de un pronóstico siempre favorable cuando el meningismo era dependiente de la histeria, y casi siempre benigno en los que dependían de toxi-infecciones, pues en éstos pudiera ocurrir, aunque raras veces, hasta la muerte del enfermo en pleno meningismo, sin lesión meníngea y, en realidad, por infección general.

Estas ideas van siendo abandonadas, afortunadamente, desde que la punción lumbar ha entrado en la práctica corriente, y el estudio del líquido céfalo-raquídeo ha venido á confirmar lo que ya las autopsias habían puesto en evidencia, ó sea que los síntomas observados durante la vida en el enfermo no están en manera alguna en relación con las lesiones meníngeas. Cuando se practica la autopsia de un niño muerto de meningitis tuberculosa, cuya afec-

ción ha evolucionado con síntomas reaccionales, violentos, causa sorpresa en ocasiones el observar la poca importancia de las lesiones meníngeas. A veces sólo algunos pequeños tubérculos diseminados en la base del cerebro constituyen toda la lesión.

Por el contrario, en otros casos la autopsia revela enormes lesiones, supuraciones copiosas de las meninges, que no han sido siquiera sospechadas durante la evolución, en apariencia benigna, de la enfermedad.

Las meningitis latentes que se observan sobre todo en los adultos y los viejos, en los que las reacciones corticales se hallan amortiguadas por lesiones degenerativas ó inflamatorias anteriores, dependientes del alcoholismo, de la arterio-esclerosis ó de la parálisis general, se han considerado hasta aquí como excepcionales en patología infantil.

El autor se inclina á creer, después de desechar con sobrada razón el término meningismo, que además de su vaguedad tiene más de perjudicial que de provechoso en clínica, que muchos de esos casos de meningitis verdadera pasan desapercibidos en la infancia á causa de la rareza con que es aún practicada la punción lumbar.

El examen citológico y bacteriológico del líquido céfalo-raquídeo nos demuestra de un modo claro y preciso la existencia de la lesión meníngea, y muchas veces también la naturaleza de esta lesión.

A probar la importancia de este examen para el diagnóstico, aparte de su gran influencia terapéutica, tiende el interesante trabajo de Delcourt, cuyas conclusiones apoya con la referencia detallada y minuciosa de dos casos de meningitis, por demás curiosos y demostrativos.

Parálisis general y psicosis en la sífilis adquirida, por el Dr. Lebret. *(Tesis de París, 1906.)*

He aquí algunas de las conclusiones que entresacamos de este trabajo:

La sífilis es descubierta en los antecedentes de la inmensa mayoría de los paralíticos generales; puede calcularse en el 80 ó 90 por 100 de los casos, y á esta proporción hay que añadir las sífilis ignoradas, olvidadas ó negadas.

Los sifilíticos están sujetos á varias afecciones capaces de simular la parálisis general en todos sus períodos.

La neurastenia contemporánea del período terciario, la neurastenia parasifilítica se identifican en muchos puntos con la meningoencefalitis difusa. Para distinguirlas, apenas si existen otras diferencias que las que se notan al examinar las pupilas, y sobre todo, el líquido céfalo-raquídeo.

La histero-neurastenia y el mismo histerismo pueden asimilarse

al período prodrómico de la parálisis general; pero se prestan algo menos á la confusión.

La mayor dificultad reconoce el autor que consiste en el hecho de que la neurastenia observada puede no ser sino uno de los pródromos de la parálisis general; y este diagnóstico precoz tiene una importancia capital para el médico legista y para la persona que ha de dar su consentimiento en un matrimonio proyectado.

El período de los ictus de la parálisis general puede diferenciarse de la epilepsia ó de las manifestaciones apopléticas de la sífilis cerebral por medio de un minucioso y prolongado examen.

Si bien es verdad que mientras más avanza el período de estado de la parálisis general más característica se vuelve su evolución, existen, no obstante, en los sifilíticos ciertas formas graves de psicosis que pueden inducir á error, ya porque en ellos sobrevienen afecciones tales como la *manía* ó *melancolía* llamadas esenciales ú otras *psicosis sistemáticas progresivas*, ó bien porque su neurastenia muy acentuada llega á simular estas afecciones.

Lo que singularmente hay que saber distinguir en estas ocasiones de la enfermedad de Bayle son las *pseudo-parálisis generales tóxicas*, alcohólicas ó saturninas, y sobre todo, la *pseudo-parálisis general sifilítica*.

Por último, el autor concluye afirmando que la mayor parte de las psicosis de los sifilíticos son curables por el tratamiento mercurial ó mixto y por los procedimientos corrientes empleados en la terapéutica de las enfermedades mentales.

DR. E. VILCHES

Osteo-artropatías y cirugía ortopédica.

Exóstosis osteogénica del fémur, con trastornos en el crecimiento y regresión ulterior, por M. Curtillet.

Las exóstosis no son la causa directa de las suspensiones del desarrollo; estas dos lesiones están asociadas, y no dependen una de otra, son dos manifestaciones diferentes de un mismo trastorno del desarrollo primitivo.

Existen ciertas exóstosis osteogénicas cuyo origen bien pudiera llamarse, emitiendo una hipótesis, infeccioso.

El desprendimiento epifisario, por el profesor Ghillini.—*Conclusión.*

Según investigaciones experimentales, clínicas y personales, el desprendimiento epifisario determina siempre un acortamiento del hueso, acortamiento que es proporcional á la intensidad de la lesión.

Mano bot-bilateral con ausencia congénita del radio, por M. Hugues Alamartiné.

La historia de la mano bot congénita con ausencia del radio está bastante estudiada. Kummel, Kirmisson, Savornin y Leprince han descrito perfectamente su patogenia y anatomia patológica; el único punto que queda por dilucidar es el del tratamiento.

En el caso que relata el autor el resultado funcional ha sido excelente, á pesar de no haber estado sometido á tratamiento ortopédico ni cruento. Estos hechos son raros, pero no excepcionales. Recientemente Blenk *(Zeit für Orth. Chir.*, 1904) publicó el caso de tres hermanos que padecían esta anomalía, á pesar de lo cual se servían muy hábilmente de sus manos para toda clase de trabajos.

En esta deformidad está reducida notablemente la capacidad funcional del miembro, según M. Nové-Josserand *(Précis d'Orthopédie*, Doin, 1904), por una parte, por la falta de sostén de la mano, estando muy floja la articulación de la muñeca; por otra, el desarrollo imperfecto de los músculos. Los envaramientos articulares desempeñan un papel poco importante, toda vez que son adquiridos.

Es necesario buscar ante todo el desarrollo, mediante el ejercicio, de los músculos del antebrazo, de modo que fijen la articulación de la muñeca.

Respecto de las intervenciones cruentas, preconizadas por Sayre, Bardenheuer, Mac Curdy y Romano, no han dado resultados tan brillantes que se les deba considerar como realmente eficaces.

La sinóstosis congénita radio-cubital, por M. G. Rais.

Las indicaciones complejas que ofrecen los casos de sinóstosis pura ó acompañada de atrofia de la cabeza radial se pueden resumir en las siguientes conclusiones:

1.ª Abordar el núcleo de sinóstosis; se puede emplear la incisión de Morestin.

2.ª Separar los dos huesos, sin temor á las pérdidas de sustancia ósea, que facilitarán el juego del radio.

3.ª Suprimir el punto de apoyo superior del arco radial sobre el tallo cubital, resecando la cabeza del radio; si está atrofiada, no sirve para nada; si está intacta, sirve para impedir la supinación; el ligamento interóseo es suficiente para impedir el ascenso del radio.

Sin embargo, debe conservarse cuidadosamente la inserción del biceps, no sólo por la flexión del antebrazo, que puede hacerse con el braquial anterior y el supinador largo, sino considerando su función supinadora, que debe suplir en gran parte al supinador corto que, exclusivamente supinador, debe estar atrofiado y haber perdido su funcionamiento por la resección del cuello.

4.ª La complicación más principal es la producción de un callo que restablezca la soldadura. El medio más seguro de evitarla es la interposición muscular.

5.ª Movilización del antebrazo penosa, perseverante, enérgica, exigiendo esfuerzos repetidos, sin brusquedad.

6.ª Una vez obtenida la supinación, se puede practicar una interposición muscular, con la condición de que esta maniobra no resulte un obstáculo para la movilidad tan penosamente obtenida.

7.ª Es preciso practicar una hemostasia y unas suturas perfectas para dejar el campo libre á la movilización precoz.

En ésta, como en todas las operaciones ortopédicas, huelga decir que lo más interesante es el curso post-operatorio, el cual puede comprometer muy seriamente el éxito de una intervención.

(*Revue d'Orthopédie*. París, 1907.)

Sobre la osteítis de Paget. Dr. Alejandro Guaccero.

Recapitulando: la enfermedad de Paget es una entidad morbosa bien diferenciada de las demás que padecen los huesos; enfermedad clínicamente crónica, microscópicamente aguda; ataca generalmente varias partes del esqueleto, que se deforma por engrosamiento, alargamiento y reblandecimiento.

Las conclusiones que se deducen del estudio de varios casos característicos son las siguientes:

1.ª La forma morbosa puede quedar limitada á un solo hueso, la tibia.

2.ª El diagnóstico, además de las deformaciones típicas de la pierna revelables á la simple inspección, se facilita mucho por la radiografía. Esta ofrece de típico: *a*) La alteración difusa de todo el hueso. *b*) El distinto grado de densidad y transparencia que se observa en las diversas partes del hueso. *c*) La irregularidad de la línea de demarcación entre la substancia cortical y el canal medular, y en algunos puntos la pérdida absoluta de la distinción entre uno y otro. *d*) El aumento del tejido de neoformación en la parte convexa del tubo cortical, con disposición sumamente irregular. *e*) La falta de una disposición funcional en los tejidos atacados que corresponda al nuevo fin estático.

3.ª En caso de limitación del proceso á la tibia, la amputación del miembro presenta serias indicaciones, pudiendo tal vez oponerse á una generalización del proceso.

Parece preferible sea llamada esta enfermedad mégalo-osteomielitis fibrosa, en vez de enfermedad de Paget, que no especifica nada.

(*Archivio di ortopedia*. Milán, 1907.)

Mi experiencia en las luxaciones congénitas de la cadera. Blencke.

Ha hecho estudios en 105 pacientes, con 154 caderas luxadas.

Obtenida la reducción, ha colocado un aparato enyesado, que desciende por la pierna fijando también la cadera sana. Este aparato se renueva á las ocho ó diez semanas, colocando otro que comprende sólo la cadera reducida; con este aparato andan los enfermos.

Los resultados han sido buenos; el 59,8 por 100 han quedado reducidos completamente; el 5 por 100 han recidivado.

(*Zeitschrift für orthopädische Chirurgie*, vol. XV.)

Artroplastia del codo. Scudder.

Un hombre de cuarenta y ocho años de edad se fractura el olécranon derecho, con gran dislocación. Después de varias peripecias se anquilosa el codo á los tres meses, practicándose entonces una artrectomia completa, interponiendo un colgajo de aponeurosis y tejido subcutáneo, que recubre la extremidad inferior del húmero, la cavidad sigmoídea y el extremo superior del radio. Sutura del olécranon con bronce-aluminio, y, finalmente, posición del codo en ángulo recto. Excelente resultado funcional.

(*Annals of Surgery*, 1907.)

DR. JOSÉ DE PALACIOS Y OLMEDO

Proctología.

Prolapso rectal y operación de Thiersch. (*Gaceta médica del Sur de España*, Mayo 1907.)

El catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Granada, Dr. D. Víctor Escribano, en el resumen del tercer curso cita dos casos muy interesantes de prolapso rectal, operados por el método de Thiersch, cuyo extracto doy á continuación, pues tienen el mérito de demostrar los fracasos que suelen resultar con los procedimientos seductores, tan frecuentemente encomiados en nuestras revistas como infalibles, sólo por estar suscritos con nombres de reconocido mérito científico.

El primero se refiere á un prolapso rectal de tres cilindros. Teresa Martín Fernández, cincuenta y ocho años, soltera, sirviente. Enfermedades nerviosas en su familia. No hay antecedentes alcohólicos, ni vestigios de sífilis ni tuberculosis.

Su enfermedad la achaca á grandes y repetidos esfuerzos que durante una larga temporada vióse precisada á ejecutar. Durante

este tiempo, que hará tres años, notó al defecar, sin diarrea ni estreñimiento, la salida del intestino, que, aumentando cada vez más, concluyó por impedirla sus tareas habituales.

Decidida la operación y previa anestesia local por infiltración (Schleich), se procedió al estrechamiento del esfínter con un hilo de plata del número 23—cuya técnica no describimos por haberlo hecho ya en revistas anteriores,—que, después de torcidos sus cabos, fué cerrada la herida de la piel con un punto de sutura.

A los pocos días, haciendo una deposición, se le rompió el hilo, que hubo que remplazar con otro más grueso, consiguiendo la continencia.

Tan pronto como volvió á su vida ordinaria, fueron tantas y tales las molestias, que reclamó le fuera quitado el alambre, por los muchos sufrimientos que le ocasionaba y su inutilidad, pues empezó á reproducirse el prolapso.

En el segundo caso se refiere á una enferma, verdadero tratado de patología de la pequeña pelvis (gonorrea, endometritis, fístula recto-vaginal, operación de hemorroides llevándose el esfínter, etc.), y además histérica en alto grado.

La operación se llevó á cabo sin novedad; pero fueron tales las molestias que le ocasionaba el hilo, que ni aun las grandes dosis de morfina servían para tranquilizarla, por lo cual hubo que extraerlos, reproduciéndose in continenti el padecimiento.

El Dr. Escribano termina con esta pregunta:

«¿Lo volveremos á usar?»

Tratamiento de la fisura anal en los niños. (*Le Monde Médical*, Junio de 1907.)

Antes de recurrir á la dilatación de ano aplíquese una de las dos pomadas siguientes, que se llevan al foco del mal por medio del dedo meñique si la fisura es superficial (hacia el esfínter externo), y con una mecha si está situada más arriba:

Vaselina	30	gramos.
Extracto de belladona	0,50	—
Extracto de ratania	2	—

M.e

Otra:

Vaselina	30	gramos.
Tanino	1,50	—
Calomelanos	0,30	—

M.e

(MARFAN)

Contra el prurito anal. (*Journal de Médecine de Paris*, Juin 1907.)

Embadúrnese la región con la mezcla siguiente:

Brea.....	25 á 50 gramos.
Lanolina.....	50 —
M.e	

(SABOURAND)

Amputación perineal del recto. (*Revue de Chirurgie*, Juillet 1907.)

En la Sociedad de Cirugía de Lyon (sesión de 13 de Junio último), M. Rivière presentó un hombre que ha sufrido hace veintinueve meses una amputación perineal de recto canceroso, después de un ano ilíaco preliminar.

Lo notable del caso es que dicho sujeto se presentó para que se le quitara su ano ilíaco, que le ocasionaba grandes molestias y un prolapso de bastante consideración.

En vista de su pertinaz insistencia, se le resecaron de 10 á 12 centímetros de colon ilíaco, cuyos dos extremos fueron reunidos mediante un botón anastomósico.

Los resultados de la operación fueron notables, pues no sólo cicatrizó rápidamente, á pesar de haberle quedado una pequeña fístula, sino que comenzó á funcionar perfectamente su ano perineal sin incontinencia molesta ni apreciable, á pesar de hacer dos ó tres deposiciones diarias.

Este caso es considerado por el ponente como uno de los de curación alargada.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

Vías urinarias.

Fístula doble vésico-intestinal y vésico-vaginal. Oclusión de ambas. Curación, por el Dr. Hartmann. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires.* París, 1.° Julio 1907.)

Una mujer de veinticinco años de edad ingresa en el Hospital Lariboisière, perdiendo por la vagina orina mezclada con materias fecales; cuenta que en Abril de 1896 fué operada de talla vaginal por cálculo, cuyo núcleo era una horquilla; tres semanas después notó en la orina la presencia de materias fecales.

Varias tentativas hechas durante algún tiempo para ocluir las fístulas no dieron resultado.

He aquí su estado al entrar en el servicio de Hartmann: pierde la mayor parte de la orina por la vagina, mezclada con materias fecales; cuando la enferma se purga, los materiales pasan abundan-

temente por la vejiga, y al inyectar agua en la vejiga se escapa por el ano.

El cuello uterino es blando, regular; orificio ligeramente entreabierto, mirando hacia abajo y atrás; cuerpo en anteflexión normal; no se aprecia tumefacción en ningún punto; sin embargo, hacia atrás y á la izquierda, muy profundamente, contra la pared de la excavación, en la vecindad del estrecho superior, se encuentra algo de induración sensible á la presión; por el tacto rectal nada de particular.

El 1.° de Julio de 1903, después de anestesia, practica Hartmann la cistoscopia directa con un tubo uretroscópico y un espejo frontal. En el segmento posterior izquierdo de la vejiga se ve un orificio fistuloso, por el cual introduce una pinza que penetra en el intestino; el resto de la mucosa vesical, sano. El examen del recto con un tubo protoscópico demuestra la ampolla rectal sana, y por consecuencia la comunicación es más alta en el colon pelviano.

El 6 de Julio, después de lavado de vejiga con agua boricada, abre el vientre del ombligo al pubis; separando asas intestinales se ve que el colon pelviano está adherido á la cara posterior del ligamento ancho izquierdo, un poco por debajo y adentro de la foseta ovárica, á centímetro y medio hacia fuera del borde izquierdo del útero; fácilmente se despega el colon, excepto una zona del diámetro de un lápiz; á este nivel parece que existe un divertículo del intestino como metido dentro del ligamento ancho; se secciona con bisturí, cogiendo á medida que se hace la sección los bordes del agujero del ligamento ancho con pinzas de Kocher; levantando el colon y sacándolo al exterior se cierra su perforación con tres puntos separados de catgut, abarcando todas las túnicas y comprendiendo este plano de sutura con otra no perforante de seda; el orificio vesical se ocluye con un plano de sutura al catgut, y un segundo no perforante de seda; drenaje del fondo de saco recto-uterino; la pared abdominal se cierra con tres planos; una sonda de Pezzer es colocada en la vejiga por la fístula vésico-vaginal.

Al cuarto día se quita el drenaje, y á partir de este momento la fístula intestino-vesical está cerrada.

El 31 de Octubre de 1906 se procede á operar la fístula vésico-vaginal; después de avivarla, se sutura con tres hilos de plata, mantenidos con plomos perforados á la manera de los tubos de Galli; el 10 de Noviembre se quitan los hilos, quedando la fístula definitivamente cerrada, y la enferma curada por completo.

Dos casos de perforación de la vejiga, consecutivos el uno á coxalgia, el otro á cistitis tuberculosa, por el Dr. Pillet, de Rouen. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires.* París, 1.° Septiembre 1907.)

Mlle. Julia, de cuarenta y dos años de edad, afecta de coxalgia izquierda, fué operada hace veinte años por el Dr. Bonneau: incisión crural de un voluminoso absceso frío y raspado del fémur; posteriormente la enferma siguió curándose mucho tiempo por fístulas rebeldes. El muslo izquierdo está completamente anquilosado en ligera flexión; adducción y rotación interna muy pronunciada, con acortamiento notable.

En la piel de la cadera existen numerosas cicatrices adherentes á la cara externa del gran trocánter y perforada de orificios fistulosos, por los que fluye líquido seroso; de estas fístulas, una está situada en el triángulo de Scarpa, otra por encima de la espina i. a. s. y otra á dos traveses de dedo por encima del pubis, por la que se escapa orina.

La enferma, que en diferentes ocasiones ha eliminado esquirlas óseas por la uretra, sufre actualmente día y noche; afirma que tiene una piedra en la vejiga, notando detenciones bruscas del chorro cuando orina de pie; nada de hematuria; la orina, purulenta, denuncia antigua cistitis y escasa capacidad vesical.

Cistoscopia.—El examen de la vejiga se hace difícil por la anquilosis de la articulación coxo-femoral izquierda, tanto que las rodillas apenas pueden separarse más de 3 ó 4 centímetros; para descubrir la parte posterior de la vulva es preciso doblar los dos muslos sobre el vientre.

Cuidadosamente lavada la vejiga, no tolera más de 70 gramos de líquido, que lentamente se escapa por la fístula hipogástrica; introducido el cistoscopio se observan las lesiones siguientes:

En la pared superior: orificio perfectamente visible de la fístula hipogástrica rodeado de un reborde mucoso.

En el fondo: cálculo de 2 centímetros de longitud por 1 de anchura.

Pensando que la irregularidad de la vejiga entorpecería la maniobra del litotritor, y por la fístula amenaza de infiltración del tejido celular con el agua que impulsara la jeringa y el aspirador, se intentó triturar el cálculo con la pinza de Collin, ayudada del cistoscopio de visión directa de Luys; pero la imposibilidad de separación de las rodillas impide la elevación del tubo cistoscópico é inspección del bajo fondo vesical; el cálculo queda invisible detrás del cuello.

Sométese la enferma á instilaciones de aceite gomenolado.

Ocho días más tarde se extrae, por medio del litotritor de pico

plano, un fragmento de 5 á 6 milímetros constituído por un secuestro óseo calcificado, triturándose los restos.

Lavados abundantes, aspiración inútil, puesto que el líquido se escapa; sonda de Pezzer, instilaciones. Curación.

Esta observación presenta dos hechos interesantes: caída de esquirlas en la vejiga y fístula tuberculosa vésico-hipogástrica. Si algunas veces se observa la formación de cálculos sobre esquirlas, es curioso en este caso su reproducción y caída repetida tres ó cuatro veces en la vejiga, y después la constitución del cálculo alrededor de la más voluminosa. La fístula se estableció sin duda por intermedio de un absceso frío que destruyendo el fondo de la cavidad cotiloídea y propagándose al espacio de Retzius, se abrió sucesivamente en la vejiga y después en el hipogastrio, ó á la inversa.

En el segundo caso se trata de una enferma cuya historia en resumen es la siguiente: tuberculosis renal que, alterando de tal modo el estado general, precisa una nefrostomía seguida bien pronto de nefrectomía; cistitis tuberculosa concomitante que, mejorada temporalmente por la operación, y en apariencia curada, provoca espontáneamente, por sorpresa, una perforación del tabique vésico-vaginal. Hallé y Motz, en sus artículos acerca de la cistitis tuberculosa, demuestran el proceso destructor de mucosa, submucosa y capa muscular; al mismo tiempo en la zona peritoneal la pericistitis adhesiva puede provocar adherencias de los órganos abdominales al vértice de la vejiga, y de ahí la posibilidad igualmente de fístulas vésico-intestinales.

Curación espontánea de la blenorragia durante el curso de una pirexia aguda, por el Dr. Nogués. *(Ann. des mal. des organ. génito-urinaires.* Paris, 1.° Septiembre 1907.)

El Dr. Nogués cita dos casos de curación de flujo uretral en el transcurso de una afección aguda, con elevación térmica, en condiciones tales que es imposible no admitir relación de causa á efecto.

El primer caso se remonta á una veintena de años: un joven estudiante afecto de blenorragia rebelde á los tratamientos clásicos de la época es atacado de una pneumonía aguda con todos los síntomas característicos de escalofríos, dolor al costado, expectoración herrumbrosa y temperaturas de más de 40°; la evolución se hizo en quince días, al cabo de los cuales entra en convalecencia, causando en el enfermo natural sorpresa la desaparición completa del flujo uretral.

Un punto débil tiene esta observación, y es la falta de examen bacteriológico, poco usado en aquel tiempo; sin embargo, los signos clínicos hacen creer en una blenorragia vulgar de gonococos.

La segunda observación (más completa por ir acompañada de examen bacteriológico) se refiere á un joven de veinte años de edad con una uretritis gonocócica, durante la cual, y á consecuencia de un enfriamiento, es afecto de disfagia, inflamación de amígdalas, adenitis submaxilar, escalofríos, estado saburral y temperatura de más de 40°; durante los siete ú ocho días que permaneció en cama suspendió todo tratamiento antigonocócico; levántase agradablemente sorprendido de la desaparición del flujo uretral.

Al cabo de unos días, y con ocho de intervalo, prescríbele el doctor Nogués las clásicas pruebas de irritación y expulsión (ingestión de cerveza y coito con preservativo), sin presentarse recidiva.

¿Cómo interpretar estos hechos clínicos?

Dando por poco verosímil la hipótesis de antagonismo microbiano, cree Nogués que el verdadero papel curativo se debe á la fiebre, máxime teniendo en cuenta que el gonococo es particularmente sensible al calor; y si los autores discrepan respecto á la temperatura óptima para el desenvolvimiento, están de acuerdo al admitir que el desarrollo disminuye á los 38°, y á los 39° la muerte de los cultivos sobreviene rápidamente.

DR. CARLOS NEGRETE

BIBLIOGRAFÍA

La dieta hídrica y'ls evacuants en lo tractament de les toxi-infeccions gastro-intestinals agudes, per lo Dr. R. Pla y Armengol, Metje intern del hospital de la Santa Creu. Barcelona, 1907.

Es una tesis doctoral publicada en lengua catalana. No se encuentra en todo este notable trabajo ni una palabra en castellano. Las citas que se hacen de Robin, Liebermeister, Ziemssen y muchos otros eminentes clínicos extranjeros, aparecen también en el lenguaje de Ausias March. Sin duda alguna, el autor escribió su discurso en el idioma de la nación española, porque de otro modo no se lo hubieran admitido en la secretaría de la Universidad Central. Y después, de vuelta á su país, ha querido separarse de la vida oficial del Estado, contribuir á la función regional reclamada ruidosamente en el manifiesto del Tívoli, y llevar así su parte en la obra constructiva de un nuevo régimen. No es que censuramos por esto á nuestro ilustrado compañero el Dr. Pla y Armengol. Está en su perfecto derecho. Pero permítasenos digamos que, para nosotros, no hay más que una hegemonía: la de la ciencia. Esta es sobre todo. Y si hacemos notar la particularidad, realmente insólita, ó, mejor dicho, la *sorpresa* de encontrarnos ante esta tesis en catalán, es por-

que entendemos que la vida científica no debe estacionarse, aislarse en una región; muy al contrario, lo que debe es ser expansiva y tender á llevar su acción lo más lejos posible, provocando el engarce de los hombres que laboran hacia un mismo fin. Por esto no creemos escatimar nada al remoto abolengo de la lengua catalana, ni á su puesto de honor en la literatura y en la historia.

Por lo demás, el discurso es interesante y de un buen sentido práctico. El autor se aparta de las generalizaciones y se concreta á los hechos clínicos. «Procuremos, dice, teorías que expliquen los hechos y no hagamos que forzosamente los hechos entren en las teorías.» Discurre acertadamente el Dr. Pla y Armengol sobre la medicación evacuante y su acción antiséptica, y recuerda con oportunidad, entre otras cosas, lo dicho por su maestro, el malogrado doctor Robert, relativo á que «no hay duda que los purgantes empleados á tiempo constituyen el mejor microbicida». Se apoya en que en los primeros períodos de la enfermedad no es total la emigración bacilar, no ha quedado limpio el intestino, sino que al contrario, allí permanece el hogar principal de la infección. Las colonias que quedan servirán, si las dejan, para reforzar la emigración. Faltándonos, dice el autor, un agente microbicida, no tenemos otro medio de obrar contra los gérmenes existentes en el intestino, que dificultar su desarrollo favoreciendo los movimientos intestinales y expulsando los que se puedan con esta antisepsia mecánica.

Se defiende después en el discurso la dieta hídrica, demostrando que es perfectamente racional en el estado actual de la ciencia, y que ella priva á los gérmenes patógenos de abundantes terrenos de cultivo. Reviven en la tesis los tiempos de Sydenham, que usaba el agua en las intoxicaciones; y sabido es que el gran médico inglés trataba el cólera por lo que él llamaba *lavado intestinal*. Vuelve el autor á las antiguas reglas clásicas, apoyado en los modernos medios de investigación, y termina su impresión terapéutica formulando una conclusión decidida. Peligrosos, dice, los antitérmicos químicos, inútiles los antisépticos gastro-intestinales, insuficiente el método de Brand y la psicoterapia, y sobre todo altamente perjudicial la alimentación, en la supresión de la cual no hay ningún peligro, la dieta hídrica nos ofrece, juntamente con los evacuantes, sus buenas acciones: curativa local, antitóxica, antiséptica, diurética, antitérmica y moderadora de la nutrición.

Las dificultades que nos ofrece la lectura del idioma catalán no nos han impedido leer y releer todo lo que dice en su trabajo (que es mucho y bueno) el Dr. Pla y Armengol, al que felicitamos sinceramente, aunque esto sólo sea una ligera noticia bibliográfica que no permite entrar en cierta clase de discusiones y reparos.

Observaciones sobre clínica infantil, por el Dr. Jenaro Sisto. Buenos Aires, 1907.

El ilustre profesor, laureado por la Facultad de Medicina de Buenos Aires, Dr. Jenaro Sisto, ha reunido en este lujoso tomo varias historias clínicas, que encierran atinadas observaciones y son verdadera fuente de enseñanza práctica. Comprende la obra los siguientes asuntos: I. Atrofia infantil.—II. Epilepsia infantil.—III. Llanto sifilítico.—IV. Inyecciones epidurales.—V. Síndrome de Little.

El estudio de un nuevo signo de sífilis hereditaria, que el autor titula *Llanto sifilítico*, forma un notable capítulo de observación moderna y un diagnóstico diferencial del grito del niño de corta edad, expresión de un dolor, cuya causa productora ó generadora precisa averiguar. El Dr. Jenaro Sisto describe magistralmente un llanto que resiste á todo remedio y cede al fin á los cincuenta y seis días y á una medicación hidrargírica. Tiene el grito sifilítico caracteres propios: cura con el tratamiento específico, es prolongado, más nocturno que diurno, exagerándose con los movimientos, y no respondiendo á hambre ni á causas digestivas. Reclama, pues, un sitio en la sintomatología de la sífilis infantil, como manifestación predominante y muchas veces casi única. La raíz del mal está en una de esas lesiones que son productos ó derivados de la sífilis, y que Fournier propuso llamar parasifilíticas.

El llanto sifilítico, desesperante, continuo, de agravación nocturna, ha sido encontrado en nuevos casos que se han estudiado minuciosamente en un trabajo de conjunto presentado al Congreso Latino-americano en el presente año. De ellos da cuenta el Dr. Jenaro Sisto, completando el estudio por exámenes hematológicos y radiografías, que descubren la lesión histológica que hace sufrir al niño cuando se le mueve, y exacerba su dolor cuando se hace presión sobre el bulbo óseo locus de la lesión específica.

El libro del Dr. Jenaro Sisto merece ser leído con gran atención. Es meritísima la tarea de estos médicos que dejan consignadas sus experiencias y hacen de vez en cuando balance de observaciones. Así, las generaciones que empiezan pueden aprovechar todo el fruto de las que van desapareciendo.

DR. LÓPEZ CAMPELLO

Curación de la tuberculosis sin medicamentos, por A. B. de Guerville; traducción, prólogo y notas del Dr. B. Malo de Poveda. Madrid, 1907.

En este lindo librito, lujosamente editado, cuenta el brillante escritor francés su historia de enfermo, y relata de modo admirable cómo pudo llegar á ver lograda la curación de su gravísima tuberculosis pulmonar, cuando se hallaba en tal estado, que conseguirla justifica plenamente la verdad de la máxima vulgar que él procla-

ma con Dieulafoy y con todo el mundo: «Mientras hay vida hay esperanza».

Su caso, como él dice, no es único, por haber cientos de individuos que han pasado sus mismos sufrimientos, su desesperación y su desaliento, consiguiendo la curación y viviendo después no pocos años. Pero ¡cuántos más no habrán muerto por no recibir la asistencia que reclama esta enfermedad!

A disminuirlos va encaminada esta fiel exposición de su odisea de tuberculoso pudiente en busca de la salud, que logró hallar en el Sanatorio de Nordrach-Colonie, en la Selva Negra de Baden, dirigido inteligentísimamente por el cuidadoso Dr. Otto Walther, tan conocido en Alemania é Inglaterra, después de llevar dos años y medio enfermo, recorrido multitud de países ó estaciones recomendadas, y seguido los tratamientos medicamentosos racionales más variados.

Los cuatro agentes que los conducen allí á la curación son: «El aire, alimentación, reposo y ejercicio, todos clasificados por el médico en sus más pequeños detalles»; logrando hasta un 30 por 100 de curaciones absolutas, y en el 95 mejoría tan grande y positiva, que se conserva indefinidamente, y esto sobre un contingente de enfermos no seleccionados, pues se aceptan en cualquier grado que lleguen y por graves que estén.

Probándose así hasta la evidencia que la tuberculosis tiene su medio natural de tratamiento en el Sanatorio científicamente dirigido y cuidado.

Y el libro lo demuestra de modo concluyente.

Le avaloran multitud de extensas é interesantísimas notas intercaladas en el texto, del Dr. Malo de Poveda, cuya ilustración y buen criterio son tan estimados en esta afección y en todas las del aparato respiratorio, que viene cultivando desde hace años como especialidad con tanto cariño y competencia, que le han hecho lograr el puesto preeminente que con justicia en ella se le reconoce.

Si un libro ha de juzgarse por su utilidad práctica, este verdadero tratado de *Tisiología práctica* la tiene de primer orden. Y por ello no dudamos en recomendar su lectura á cuantos médicos y enfermos pueda serles conveniente informarse con fidelidad, como base de conducta, en tan espinosa materia.

La avariosis como enfermedad social.—Discurso leído en la Universidad de Valladolid, en la solemne apertura del curso académico de 1907 á 1908, por el doctor D. Luis Lecha Martínez.

Sería ridículo en nosotros, reconocidamente insuficientes, hacer juicio alguno crítico de este hermoso trabajo del Sr. Lecha, catedrático de la Facultad de Medicina valisoletana, tan conocido y bien

juzgado por su saber y sus buenas obras. No es tal nuestra intención, sino la de no contribuir al desconocimiento de su utilidad y de su mérito con el silencio, arma poderosa, en cuyo manejo somos en este país tan diestros como pródigos.

Los peligros de la avariosis son tan grandes y crecientes, que interesa comenzar y organizar en España la lucha contra ella, como ya se ha comenzado la de la tuberculosis y más individualmente la del cáncer. Y esto propone y á esto se encamina esta completa monografía disfrazada con el nombre de discurso.

Para resolverlo de manera acertada estudia en apartados diferentes: los peligros de la avariosis, en sus variedades chancro simple, blenorragia ó neisserosis y sífilis ó avariosis; los daños que ocasiona á la familia; la avariosis en las mujeres honradas; el estado de curación, y la profilaxia de mal, agrupando sus medios, como Fournier, en: de orden moral, de represión administrativa y de orden médico; terminando por proponer una cruzada necesaria por progreso, por justicia y por caridad, contra esta peste moderna con y por la intervención de la masa social, á la que hace falta estimular hasta conseguirlo, sin esperarlo todo en esta lucha de los gobiernos.

¿Se acogerá como debe y fructificará cuanto es preciso esta hermosa iniciativa del ilustre catedrático Sr. Lecha? No es posible hacerse ilusiones; porque cuando se recuerda lo infructuoso de la que, sobre investigación clínica del cáncer, emprendió, sin ser secundado, el insigne Dr. D. Angel Pulido, y la efímera eficacia de la lucha antituberculosa, paralizada por dificultades casi insuperables, á pesar del entusiasmo y valer de sus denodados paladines, no puede menos de temerse por su resultado, á pesar de lo indispensable y salutífero de esta lucha.

Pero ahí está la idea ya nacida y hecha practicable; y culpa será de todos, si no sabemos vivificarla y hacernos partícipes de los innegables beneficios que indefectiblemente había de originar, y de los cuales la necesidad es tan evidente.

Y al desear su realización y rogar al Sr. Lecha no abandone tan honrosa obra, digna por su importancia de su nombre, le enviamos nuestra sincera y respetuosa felicitación por su iniciativa y útil discurso.

Nuevos estudios sobre la corteza del cerebro, por A. Lecha-Marzo.

Este fascículo contiene los artículos publicados en la *Revista de Medicina y Cirugía*, en que dió á conocer sus estudios y su nueva doctrina acerca de la composición y funcionalismo cerebral.

De ellos se deduce que en la corteza cerebelosa podrían admitir-

se el mismo número de capas que en la cerebral típica, siendo la correspondencia tan marcada, que la capa de células de Purkinje pudiera llamarse capa de las pirámides de la corteza cerebelosa, y la granulosa, de los corpúsculos polimorfos.

Pudiendo afirmarse, y son extractadas sus conclusiones: que todos los elementos de la corteza cerebelosa tienen sus correspondientes en la cerebral típica, así como los de la cerebral típica en la cerebelosa, excepto las celulas de axones múltiples; ejerciendo la célula de Purkinje, además de la acción estática, una esténica sobre los aparatos neuro-musculares, y una tónica, durante las pausas funcionales, sobre los elementos nerviosos con que se relaciona; siendo las fibras trepadoras los cilindro-ejes de las células motoras extracerebelosas y los axones de algunas celulas de Purkinje, y pudiendo tener lugar en estos elementos una modalidad nueva de funcionalismo que llama coordinación perfeccionada.

El trabajo está bien hecho y perfectamente fundamentado, y honra una vez más al Sr. Lecha-Marzo, que, alumno aún en la Facultad de Medicina de Valladolid, donde su apellido tiene ilustres predecesores, ha sabido ya hacerse un nombre y una personalidad científica respetada por sus afortunados estudios y descubrimientos, conocidos en España y alabados con justicia aquí y en el extranjero.

Importancia de la respiración nasal bajo el punto de vista higiénico, por A. Villar Urbano. Málaga.

Este folleto contiene la comunicación que el Dr. Urbano hizo al Congreso de Higiene de Málaga. No es posible, por falta de espacio, exponer aquí la sana doctrina que la informa y los casos clínicos que la documentan y avaloran. Ni necesita el Dr. Urbano de nuestros elogios, puesto que sus obras le acreditan mejor que nuestras palabras, y su reputación como oto-rino-laringólogo es sólida, extensa y bien cimentada.

Esto mismo da mayor valor á sus afirmaciones, y las autoridades prestarían valioso servicio á la sociedad si establecieran, como propone, un servicio de inspección facultativa cada seis meses de las cavidades naso-faríngeas de cuantos jóvenes de cinco á quince años concurren á los establecimientos de enseñanza.

De desear es que así sea. Como lo es también que el Dr. Urbano no deje enmohecer su bien cortada pluma, para bien de médicos y enfermos.

R. L. y Yagüe

VARIEDADES

Apunte clínico helioterápico, por el Dr. Masip.—Tras de lo expuesto en otros anteriores artículos, cumple ahora dar traslado á ciertas observaciones publicadas, muchas de ellas, por médicos extranjeros y españoles, lamentando ante todo no haber conseguido una Memoria del Dr. D. Francisco Moguer, que hace años presentó á la Real Academia de Medicina de Madrid, con documentos y con testimonios oficiales sobre bastantes enfermos curados de tuberculosis pulmonar y de lepra tuberculosa por la helioterapéutica, cual lo indica el Dr. Forns en su *Dinamoterapia*.

Recordaremos ante todo que el Dr. Ch. Bernard, desde hace más de tres años, ha tratado y trata por la acción directa de los rayos solares las ulceraciones de orden trófico (úlceras en las piernas, males perforantes del pie), las quemaduras y grietas, chancros blandos, bubones supurados, ulceraciones tuberculosas de la piel y tuberculosis ósteo-articulares, sin que dentro de tal tratamiento se hayan observado infecciones secundarias, resultando una curación muy rápida y feliz, como lo comprueba cuanto sobre este medio de curación se dijo en la Imperial Real Sociedad de Médicos de Viena en su sesión del 20 de Enero de 1906, disertando acerca de la tuberculosis laríngea sometida á la acción de los rayos solares.

A mayor abundamiento, Kunwald cita varios casos de tuberculosis laríngea tratados con la luz solar por el Dr. D. José Sorgo desde el otoño de 1903. Cuyo tratamiento lo realiza mediante un espejo de tocador fijo en un mango movible, colocándole delante del enfermo y dirigiendo los rayos solares reflejados en aquél sobre la boca, donde existe un espejito laríngeo. Con lo cual se modifican favorablemente lo mismo las infiltraciones difusas que las circunscritas á modo de tumor ó de úlceras, no menos que rápidamente los tuberculomas, según ocurrió con un enfermo que, tras veinte sesiones de iluminación solar, pudo ver desaparecer un tumor de la cuerda vocal izquierda. En cambio las infiltraciones superficiales retrogradan muy lentamente, demostrándolo ciertas observaciones del referido autor, que en un tratamiento, aún no terminado, comenzó anemiando la mucosa con la adrenalina, al fin de impedir la absorción de los rayos de acción específica por parte de la sangre y lograr de tal modo una penetración de los mismos en las capas profundas de la citada mucosa. Y viéndose el autor en la necesidad de interrumpir las sesiones á causa del mal tiempo, cree prudente aconsejar sea empleada la luz artificial, sobre todo la de Finsen, y dirigir rayos

paralelos de la misma á la laringe. De igual modo el Dr. Sigmundo Exner recomienda el uso de espejo de plata en vez de vidrio.

En conformidad con lo expuesto, el Dr. Rudwal acepta el empleo de los rayos solares en la mayor parte de los casos de tisis laríngea, llegando los enfermos á una relativa facilidad, según él, respecto á la aplicación de la helioterapia, que debe llevarse á cabo en las primeras horas de la mañana ó últimas de la tarde para evitar la excesiva intensidad de los rayos lumínicos. Este mismo doctor cree contraindicada la helioterapia en los casos de hinchazón eritematosa laríngea, á no ser que previamente se emplee la adrenalina para conseguir la isquemia en la mucosa laríngea, evitando así la acción calórica de la luz solar. Y también aconseja la combinación de la inyección de tuberculina empleada por este doctor en un caso de tuberculosis laríngea, por entender se complementan estos dos agentes terapéuticos.

Dos casos análogos tratados por el Dr. Jessen (de Davos), han evidenciado que en los procesos superficiales son excelentes los efectos de la helioterapia, habiendo observado que el edema de la laringe cedió en gran parte por este procedimiento terapéutico.

También el Dr. F. Collet, de Lyon, ha empleado la helioterapia en un sujeto de treinta años que presentaba lesiones tuberculosas muy avanzadas y generalizadas en la laringe. Los medios habituales de tratamiento habían sido desechados por no haber obtenido alivio alguno, por lo cual recurrió al empleo de este medio terapéutico practicado por él mismo, haciéndose cada día varias insolaciones, cuya duración oscilaba entre treinta y sesenta minutos, con lo cual se observó á las diez sesiones que la disfagia había disminuido notablemente, la voz era menos velada y más fuerte, su estado general visiblemente mejorado con aumento de peso, reapareciendo el apetito perdido hacía largo tiempo. Después de seis semanas de aplicación helioterápica, el examen laringoscópico demostró que la epiglotis, antes hinchada y edematosa, había cedido, y el anillo voluminoso que presentaba en el borde libre se hallaba disminuido de volumen en gran parte. Fué continuado el tratamiento, y á los seis meses se hallaba la epiglotis normal aparte de una pequeña erosión en el lado derecho de la misma. Por último, después de cinco semanas de insolaciones laríngeas, no quedaban más que pequeñas rugosidades al nivel de las bandas ventriculares y una ligera tumefacción en la región aritecnoidea, lo que permite esperar su curación completa.

Por otra parte, Herr. E. Asbeck, de Hamburgo, ha observado que en los países tropicales las heridas cicatrizan con mucha rapidez exponiéndolas á la acción directa de los rayos solares; y el profesor vienés Winternitz ha curado el eczema cubriendo toda la re-

gión eczematosa con un velo de seda de color rojo, resguardando las regiones sanas periféricas con lienzos blancos y exponiendo á la acción directa de los rayos solares de una á cuatro horas, según la intensidad lumínica ó la antigüedad del mal, toda la superficie enferma.

Observación clínica del Dr. Hirschberg (1).

CANCROIDE DE LA OREJA

Como resultado de propia observación, este doctor menciona que en su hélix derecho se proponía extirpar un cancroide, no sin antes de proceder á su extirpación pasar una temporada en una villa situada cerca del lago Leman, á mil cien metros de elevación sobre el nivel del mar, bien orientada y expuesta al sol, y donde el termómetro marca de 25 á 27 grados casi constantemente. Mas en los largos y constantes paseos que emprendió, exponiendo de intento el cancroide á la acción del sol y del aire, notó que se marchitaba y disminuía de volumen hasta el extremo de llegar al tamaño de la cabeza de un alfiler, desapareciendo tal estado, merced á la cauterización por la potasa. Hirschberg atribuye este resultado á la acción de los rayos solares que, atravesando el ambiente puro de la montaña, conservan su acción química, porque no son absorbidos los ultravioletas, que tienen mayor acción sobre el organismo. Y en virtud de lo cual recomienda la creación de Solarios de altura para el tratamiento de las enfermedades rebeldes de la piel, cuyos Solarios existen desde hace algunos años en la mayoría de las casas recién construídas de Berlín por consejos del sabio Dr. Virchow y donde se hallan colocadas meridianas ó sillas largas para tomar cómodamente los baños de sol.

Observaciones del Dr. Steiner.

En la *Gazzetta Medica di Roma* correspondiente al 15 de Marzo de 1907 nos habla el Dr. Steiner de la Helioterapia como medio de tratamiento aplicado al linfoma y al linfoadenoma, citando un caso de una niña de ocho años anémica y desnutrida, la cual tenía una neoplasia de este género, situada en el lado derecho del cuello, supurada con numerosos senos fistulosos y del tamaño de la cabeza de un feto á término. Este autor se decide á tratarla, en el Hospital de San Juan de Roma, con inyecciones hipodérmicas de azul de metileno, el cual, según las experiencias verificadas por Tappeiner, ab-

(1) *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 9 de Octubre de 1905. Publicado en *L'Etoile Médicale* en 30 de Septiembre de 1906.

sorbe los rayos calóricos y lumínicos (rojos y amarillos) por su gran poder sobre los rayos solares, y es capaz al propio tiempo de ejercer su energía microbicida sobre un cultivo de paramecio (especie de infusorio) en el espacio de cinco horas, en una solución de 1 por 160.000. Tres inyecciones diarias, hechas con jeringa de Pravaz, y una exposición á los rayos solares del tumor de dos á cuatro horas diarias, hacen que al cabo de dos meses se observe una gran disminución de volumen y de la secreción purulenta. Suspéndese la cura dos semanas, al cabo de las cuales reanúdase por cuatro meses, estando á los seis completamente curada la niña. Al año su estado general era satisfactorio y su coloración sana.

En atención al buen resultado obtenido en el caso anterior por la helioterapia, más tarde se somete á este procedimiento á otra niña de trece años, diagnosticada de adenitis sub-maxilar tuberculosa. Emplea la inyección de *rosa bengala* pura y la expone á la acción directa de los rayos solares, diariamente, de dos á cuatro horas, quedando completamente curada á los cuatro meses de ensayar este procedimiento terapéutico.

Dos casos sometidos en la actualidad á este tratamiento han de obtener, seguramente, resultados tan satisfactorios como los anteriormente expuestos.

Observación clínica del Dr. García Hurtado (1)

ARTRITIS TUBERCULOSA DEL CODO Y LUPUS VULGAR

Por referencias del Dr. García Hurtado, un enfermo llamado Alfredo Ruiz Elicegui, de veintiocho años, natural de Madrid, se presentó en su Dispensario; á cuyo enfermo, en 24 de Noviembre próximo pasado, que recibió un tiro de revólver en el codo izquierdo, le penetró la bala por la parte interna é inferior del brazo, rozando la arteria y vena humerales, hiriendo el húmero y buscando salida por el tercio externo y parte superior del antebrazo. Procedente del Hospital General, donde permaneció dos meses, pudo inferirse en nuestra consulta que la herida, tras de un curso no aséptico, se inflamó, invadiendo los elementos articulares y periarticulares, dejando el terreno abonado para la siembra del proceso tuberculoso. El bacilo de Koch se fijó, pues, en la región indicada, invadiendo hasta la piel, que se encontraba llena de tubérculos, algunos abiertos, con los cuales dicho tejido tomó el aspecto de *lupus vulgaris*.

Debido á la yuxtaposición que en tal caso tenían brazo y antebrazo, puesto que el húmero y cúbito en una especie de soldadura formaban un solo hueso, el ejercicio normal de tal miembro era im-

(1) Publicado en esta REVISTA en 1901.

posible; por lo cual precisaba estudiar las condiciones del enfermo bajo dos puntos de vista: uno que representa la necesidad de tratar el estado luposo de la piel y el tubérculo articular, y otro que indicaba la restauración en el grado mayor posible respecto á las funciones de movimiento en aquel brazo.

Sobre la primera atención, la energía directa de los rayos solares fué la encargada de llenarla, sin más que en el Dispensario colocar diariamente al enfermo, desnudo el brazo, y por el tiempo de veinte ó treinta minutos, bajo dicha energía luminosa solar, cubriéndole después con gasa aséptica la parte orgánica afecta. En el transcurso de mes y medio veíanse mejorar tanto las manifestaciones luposas como articulares hasta la completa sanidad, no sin que después de cada curación se presentara un ligero estado inflamatorio de término favorable.

Y sin concretarse á esto solo, el Dr. Hurtado expresa que desde hace tiempo ha observado y tratado á ciertos niños de esos llamados escrofulosos, con labios grandes y evertidos, poniéndolos directamente y por espacio de media hora á la luz del sol cual medio seguro de obtener saludables resultados, ya que otros tratamientos aparecían ineficaces.

Observaciones del Dr. Spreáfico.

Entre otros casos, cita tal doctor que Juan López, natural de Murcia, comerciante y sifilítico, padecía de *psoriasis generalizada*, cuya enfermedad fué tratada durante el período de un mes con insolaciones, que recibía dicho sujeto desnudo y acostado sobre una colchoneta, no sin resguardar la cabeza, consiguiendo de tal suerte la descamación epidérmica sin que se reprodujera la psoriasis.

Hace referencia en otro caso de un sujeto de cuarenta y ocho años, con *leproides* tuberculosa de ambas manos, expuesto á la influencia de la luz solar primero al través de cristales fabricados con sales de cobalto, y más tarde de la luz violeta, consiguiendo con la primera efectos mucho más satisfactorios en este y otros casos tratados por este procedimiento.

Observación clínica del Dr. Forns.

Ocupándose de la helioterapia en las faringitis, nos dice el director de la *Revista de Especialidades Médicas*, en su folleto titulado *Dinamoterapia*, lo siguiente:

«Visitaba yo en el Colegio Nacional de Sordo-mudos á una sordomuda interna, á la que diagnostiqué de tuberculosis pulmonar en segundo período, con reconocimiento de bacilo de Koch en los espu-

tos, fiebre y extraordinaria demacración. Recuerdo que el Dr. González Valledor, entonces presidente de la Junta de dirección y gobierno, varias veces me preguntó por el estado de la enferma y hasta recomendó el tratamiento dosimétrico, que no acepté porque quería justipreciar el valor de la helioterapéutica. Sin medicación farmacológica alguna, la prescribí un régimen alimenticio todo lo nutritivo que consentía la escasez de recursos en un establecimiento del Estado como el de referencia; y bajo mi vigilancia personal la sometí á la acción del sol, en una azotea del antiguo edificio de la calle de San Mateo, sin otra prenda de vestir que un pañuelo que cubría lo que la honestidad no puede dejar al descubierto. Elegía para esto los días que no hacía viento, y le cubría la cabeza con un sombrero ó un pañuelo. Sentada ó de pie, permanecía al sol dos ó tres horas diarias; vigilando el estado de la piel, haciéndola flagelaciones cuando se enfriaba, y si aumentaba mucho su temperatura, con un pulverizador de Richardson la pulverizaba agua fría para aumentar la evaporación cutánea. Esta acción revulsiva, tan extensa como suave, dominó las hemoptisis, despertó el apetito, y, para resumir, curó á la enfermita, que hoy se encuentra todavía albergada en dicho Colegio Nacional, por no haber cumplido aún los veinte años (1), siendo en la actualidad una de las mozas más vistosas y robustas de las que allí se encuentran.

Desde entonces, continúa diciendo el Dr. Forns, no dejo de anotar cuantos casos conozco tratados con la acción de los rayos solares; y, habiéndoseme ocurrido aplicar este remedio á las afecciones de la garganta, he sometido á una porción de faringíticos á la acción directa del sol, durante un largo rato, con la boca abierta, haciendo que los rayos luminosos penetraran en el fondo de la faringe bucal; y como resultado de las observaciones adquiridas, puedo asegurar que una exposición algo duradera hace abortar las anginas agudas en sus comienzos. Que los enfermos de rino-faringitis crónicas, muy susceptibles por cierto á los cambios de temperatura é intensamente irritables por la acción del polvo y del humo del tabaco, etc., son los que experimentan un alivio más repentino en los fenómenos de constricción faríngea, cuando se someten á este tratamiento, en sus recaídas subagudas, al extremo que, al notar haberse enfriado, y sabiendo por triste personal experiencia que aquel enfriamiento les había de causar una agudización del mal, en ocho ó diez minutos de aplicación helioterápica han visto desaparecer por completo todo aquel cúmulo de exacerbación dentro de su dolencia, encontrándose completamente bien; y repetido este sencillo tratamiento cuantas veces ha sido necesario, y consentido por el tiempo, me he persuadido

(1) Se refiere á la fecha de la publicación, 1905.

de que, sin medicamento alguno, puede darse por absolutamente curado dicho enfermo, que hace muchos meses no ha sufrido recaída alguna.

La ocasión no ha permitido experimentar tal tratamiento en enfermos de difteria y de anginas escarlatinosas, pero juzgo que ha de resultar poco hacedero este procedimiento en estos casos, propios de niños pequeños.

Al tratar de interpretar los hechos por mí observados, se me ocurre pensar en que la acción del sol resuelve sintéticamente todas las necesidades prácticas. Los rayos luminosos atenúan con rapidez el poder patógeno de los microorganismos, poniéndolos en condiciones poco favorables para la lucha; los térmicos producen todos los buenos efectos que el calor en los procesos flegmásicos; y los químicos excitan la nutrición local, robusteciendo la general y haciendo más resistente el órgano enfermo.

El Dr. Díaz Quintana cita el caso de una enferma de cáncer uterino, tratada diariamente con una disolución de bisulfato de quinina muy débil, que previamente era expuesta á la acción de los rayos solares durante seis horas y hasta que adquiriese una coloración violácea. Tras de cuya aplicación se exponían la región abdominal y la suprapubiana de dicha enferma á la acción directa del sol por espacio de treinta minutos. El autor de este procedimiento atribuye sus benéficos resultados á la radio-actividad del medicamento, haciéndole fluorescente mediante los rayos solares por él recibidos.

El Dr. Morton, de Nueva York, atribuye la radio-actividad de los cuerpos sólidos y la de las aguas minero-medicinales á la «acumulación de luz solar aprisionada en ellas», añadiendo en otra de sus manifestaciones que, «administrando medicamentos á los cuales se hace fluorescentes por medio de la radio-actividad, inundamos las arterias del cuerpo con *luz solar líquida*».

Otras observaciones clínicas sobre

I.—Neurastenia

D. Viriato Díaz Pérez, doctor en Filosofía y Letras, de veintinueve años de edad y domiciliado en la calle Marqués de Urquijo, 10, cuyos antecedentes hacen suponer heredase la neurosis procedente de su padre, escritor y político, cuya vida pasó por todos los agitados incidentes del siglo pasado. Desde niño mostró una extraordinaria sensibilidad y predisposición para las artes, sobre todo para la música; y el célebre Sbarbi aconsejaba á su padre lo dedicase á este estudio. Al entrar en quintas fué desechado del servicio por enfermo del corazón, aunque no se sentia inquietado por ningún síntoma, si bien cuando niño había padecido dos pulmonías. En

el corazón sus latidos eran desiguales, profundos y fuertes, sin que esto bastara para establecer un diagnóstico cierto. En 1902, tal vez á consecuencia de sufrimientos y humedades recogidas en ascensiones á montañas nevadas, estuvo postrado en cama varios meses consecutivos á la afección reumática adquirida. De cuya enfermedad salió muy débil y con la natural propensión á la recidiva.

Curado del reuma, emprendió largos paseos matinales, y comenzó por su propia iniciativa á tomar baños de sol, no menos que á pasear en la ribera del Manzanares con el fin de bañarse en sus aguas, lo que realizaba entre diez á once de la mañana, y en vez de enjugarse secábase al sol enteramente desnudo, con el sombrero puesto.

Los baños así tomados fueron tonificándole durante los meses de Julio y Agosto, sin que al invierno siguiente notase fenómeno alguno que suponer hiciera la recidiva en su afección reumática, adoptando el mismo sistema al verano sucesivo, hallándose en completo estado de salud sin molestia de ningún género.

II

También enfermo de neurastenia, D. José Molano Beguer, Alberto Bosch, 12, Madrid, de veintiocho años, propietario, cuyos antecedentes saludables eran muy buenos, aunque en su familia abundaron los locos y desequilibrados. Dicho enfermo mostraba cierta propensión á contraer fiebres palúdicas. Estando en Roma, en 1904, y durante el Congreso librepensador, padeció la malaria, por lo que siguió el mismo tratamiento también en compañía del Sr. Díaz Pérez. Al otoño siguiente no tuvo el fuerte catarro estacional que siempre padecía, y que es, en cierto modo, periódico, presentándosele en cada primavera como en cada otoño.

Ambos amigos y enfermos, quizá por la imperfecta manera de tomar los baños, mudaron casi por completo la piel. Empero ilustrados ahora sobre la importancia terapéutica de la luz solar y modo de administrarla, hállanse decididos á repetir su uso debidamente.

III

No menos neurasténico apareció D. José J. Tarache, de cuarenta y seis años de edad, agente de negocios, domiciliado en esta corte, Paseo de Areneros, 23, cuyo padre murió á los cincuenta y dos años, de enfermedad común, y su madre era sumamente nerviosa (él la consideraba neurasténica) é irritable, sin que padeciera hasta los setenta y dos años otra cosa que unas erisipelas cuando joven. Todos en la familia fueron sexagenarios, y por parte de la madre abundaron los caracteres nerviosos é irascibles. El Sr. Tarache, que,

excepto la escarlatina cuando niño, nunca tuvo enfermedad, empezó á los cuarenta años á padecer trastornos nerviosos; su carácter, antes afable, tornóse irritable y violento; la menor cosa le exacerbaba y enfurecía; sentía impulsos de acometividad, y una súbita misantropía que le hacía huir del trato de gentes y hasta de su propia familia. Al mismo tiempo presentaba gran cansancio cerebral; cualquier preocupación mental era bastante para traerle obsesionado y con insomnio varios días; no se daba cuenta de lo que leía; sentíase incapacitado para todo trabajo intelectual. El sentido de la vista presentaba anomalías, como nieblas, diplopias, y habíasele debilitado hasta tal punto, que desde aquella fecha usa lentes. El vientre funcionaba con gran irregularidad, afectando caprichosamente diarrea ó astricción absoluta; las digestiones eran malas, la orina abundante y frecuente, con sedimento; el estado subjetivo, deplorable. Temía morirse á cada instante; creíase presa de mil enfermedades distintas, etc. El apetito y el sueño, por el contrario, excelentes. A principios de 1900 decidió consultar á un médico. Este diagnosticó: neurastenia por exceso de trabajo. Efectivamente, el enfermo había gastado extraordinarias energías mentales durante dos años antes.

Tratamiento: bromuro, duchas frías matinales, paseo. Cuyas duchas frías suspendió, porque le exacerbaron su padecimiento, siendo esta circunstancia motivo para que, al consultar con otro médico, aprobara dicha suspensión y de que le prescribiera el descanso. Siguiendo el enfermo lo prescripto aunque mejorara en su estado general, continuaron, sin embargo, los síntomas inminentes. Por lo cual, á fines de 1901 marchó desesperado al territorio alemán, visitando en Wiesbaden la clínica de enfermedades nerviosas del doctor Kranzbusch, donde tomó sin resultado baños eléctricos. Por lo cual, dicho doctor le administró sucesivamente baños de luz roja, amarilla y azul, seguidos de baño frío general, con lo que consiguió un mes de calma relativa; mas como continuasen los síntomas, presentándose violentas crisis de irrascibilidad, el enfermo llegó á tomarle odio al Dr. Kranzbusch y á sus baños, á su clínica, y se volvió á España. El año 1902, estando en Gibraltar, preocupado con su dolencia, despierto por ella su espíritu observador, fijóse en un perro suyo, llamado Digkis, que á la orilla del mar, tendido y con la boca abierta, tomaba todos los días largo rato el sol. Parecíale que el perro le miraba de un modo especial, como invitándole á hacer lo que él. Movido por los desengaños sufridos, según él, con la Medicina, á considerar sólo lo natural como bueno, pensó que quizá convenía hacer también á los hombres lo que los animales constantemente practican. Y como no creyó pudiese sufrir mal alguno, un día, á principios de Julio, se dió el primer baño de sol. Expúsose,

pues, desnudo al sol, á las once del día, durante un cuarto de hora, aspirando y dando vueltas con el cuerpo, como á su perro había visto hacer; y luego, para refrescar el calor, sumergióse en el mar durante otro cuarto de hora, sin nadar. Después, se administró una ducha de regadera con agua dulce fría; hecho lo cual, almorzó con extraordinario apetito, acostándose después y durmiendo con sueño tranquilo y sosegado media hora deliciosa que le produjo una tonificación extraordinaria en todo su organismo y más especialmente en el sistema nervioso.

En vista de esto, siguió dándose los baños durante todo el mes de Julio y Agosto, en cuya fecha volvió á Madrid. Habíase abstenido al mismo tiempo de licores, vino, café y picantes. Aquel invierno desapareció el síndrome nervioso. De notar es que el siguiente verano en Santander quiso repetir los baños de sol, con los que tan buenos resultados había obtenido en igual época, empresa á la cual tuvo que renunciar por no hallar alivio alguno, debido, según él, á que el sol ó el agua eran más fríos en Santander que en Gibraltar. No habiendo tomado aquel año, pues, los baños, al invierno siguiente volvieron á presentarse los mismos fenómenos: cansancio, debilidad, etc., todo lo cual desapareció cuando al año siguiente volvió á dárselos en Gibraltar. Hoy se encuentra bien, en la plenitud de sus fuerzas, habiendo recobrado totalmente el buen humor, á pesar de lo cual sigue tomando los baños, que con un régimen prudente de alimentación y frecuentes laxantes, por consejo de Charcot, han desterrado totalmente el padecimiento.

IV.—Adenitis supurada

Hemos tenido el gusto de ser visitados por D. N. N., de treinta y siete años, casado, del comercio y alemán de nacimiento.

Antecedentes hereditarios.—Su padre murió de pleuresía; su madre y hermano se hallan en perfecto estado.

Idem personales.—Hasta hace diez años gozó de salud excelente, en cuya fecha se le presentó una tumoración en la ingle izquierda, que supuró, y que un médico de Madrid le incindió y legró, saliéndole supuración no espesa, tras de lo cual aplicó inyecciones de cloruro mercúrico, cicatrizando su herida; pero siendo cada día peor su estado general, resolvió acudir al Dr. Kispert, quien le aconsejó fuese á Alemania, motivando un viaje del enfermo á Wiesbaden en el año 1896, donde el Dr. Cramer, director del hospital de San José, le incindió y legró más extensamente el tumor, sin que el lisol y el tratamiento terapéutico adecuado diera resultado alguno.

Como su estado general cada vez era peor, se decidió á irse á un sanatorio en Baden-Baden, donde empleó el régimen vegetariano.

La enferma M. B. antes de ser operada en el Instituto Rubio, con desgarro perineal de segundo grado y colpocele anterior.

UNIV. OF
CALIFORNIA

La enferma M. B. el quinto día de haberle practicado la amputación alta del cuello uterino, la colporrafia anterior y la colpoperineorrafia, en que se le quitó la sonda permanente.

La enferma M. B. aplicándole la cura helioterápica en el Instituto Rubio. Una gasa aséptica, blanca, cubre toda la región vulvo-perineal.

En la primera semana de su ingreso tomaba baños de sol y aire, pues el local donde lo hacía estaba abierto, de modo que pudieran ser tomados los rayos del sol directos. En la segunda estaba media hora, y en las sucesivas una, consiguiendo la cicatrización completa al cabo de algunas semanas, habiendo aumentado de peso y logrado una mejoría extraordinaria en su estado general. Cuyos baños de sol eran tomados de once á doce del día. Ya muy mejorado de su afección y cicatrizada completamente la herida, se volvió á España, siguiendo el mismo régimen, y alquilando un solar en Madrid, sitio llamado Cuatro Caminos, donde iba todos los días á desnudarse y á tomar sus baños de sol al medio día, siempre que la inclemencia del tiempo no lo impidiese.

En 1898 se casó, de cuyo matrimonio tiene una hija sana, siendo su estado actual en 1906 saludable y robusto.

Colporrafia anterior y colpoperineorrafia.

Manuela Benavente, de treinta y tres años de edad, de Madrid, casada, sus labores, operada el 13 de Junio de 1906 de amputación alta del cuello uterino, colporrafia anterior y colpoperineorrafia; se la expuso á la acción directa de los rayos solares desde el cuarto día de operada, 17 de Junio, hasta el 4 de Julio, en que recibió el alta, por curación. Esta enferma fué retratada por el Dr. Moreno Melgar, cuyas fotografías han servido para la confección de los fotograbados que se acompañan. De advertir es que los días fueron muy apropiados para la cura helioterápica, pues sólo el día 17 de Junio estuvo nuboso.

La enferma en estos casos debe notar bienestar mientras se la somete á la cura helioterápica, sin acusar escalofríos ni otras sensaciones molestas, evitando los rayos solares directos á la cabeza y cara, dejando sólo al descubierto la región operada.

Ligamentopepsia con perineoplastia.

Antonia Baquero, de veintitrés años, casada, sus labores, de Aranjuez (Madrid), operada en el Instituto Rubio el 28 de Noviembre de 1906. El 1.° de Diciembre la enferma acusa escozor en la región vulvo-perineal, y en su vista se expone la región afecta á la acción de los rayos solares durante treinta minutos. El día 2 se le reproduce el escozor, sometiéndola nuevamente á la cura helioterápica. Así continuó hasta el día 8, en que se le quitaron los puntos de crin de Florencia, quedando completamente curada el 26 de Diciembre. No reproducimos íntegra la historia clínica de esta enferma, por no ser éste el objeto primordial de nuestro estudio para este apunte.

Perineoplastia.

R. M., de Granada, de cuarenta años, casada, es operada el 13 de Febrero de 1907, por desgarro perineal y colpocele posterior de perineoplastia, por el procedimiento de Doléris. El 17 se le aplica la cura helioterápica, á la que sólo fué sometida cinco días con intermitencias, saliendo curada del Instituto el 2 de Marzo de 1907.

La aplicación de la cura helioterápica en las perineorrafias y colpoperineoplastias la venimos practicando al cuarto día de ser las enfermas operadas, del siguiente modo: á las once de la mañana exponemos la región á los rayos solares, cubierta sólo de una gasa aséptica, según se representa en la figura tercera de nuestros fotograbados, por espacio de treinta minutos las tres primeras exposiciones, con los ventanales abiertos; las tres restantes son de cuarenta y cinco minutos, y las otras tres de una hora; generalmente con tres ó cinco exposiciones son suficientes para estar la herida completamente cicatrizada.

Si el tiempo impidiese verificar la cura helioterápica sin interrupción, exponemos á la luz solar la región sólo media hora, por más que no hayamos observado daño alguno con mayor tiempo del marcado. La intensidad lumínica debe medirse con el fotómetro (1), y la temperatura á que debe hallarse sometida la enferma debe estar siempre en relación con el bienestar que note teniendo la región desnuda, evitando las corrientes de aire, que positivamente habrían de perjudicar el estado general de las pacientes. De todos modos, el termómetro deberá marcar de 25 á 27 grados centígrados, pues hemos observado que por debajo de estas cifras las enfermas notan positivo malestar, y por encima acusan sensación de calor excesivo y hasta les provoca sudor.

La cabeza debe estar siempre resguardada de la acción directa de los rayos solares, y la galería donde se verifique la cura helioterápica orientada al Mediodía. Con lo cual se consigue la acción

---

(1) Conocidas son las experiencias de Freunhofer, en virtud de las cuales demuestra que la intensidad mayor del espectro se halla en el color amarillo, al nivel de la raya D, y la menor intensidad lumínica en la coloración violeta, de donde se forma para cada color la gradación de intensidad siguiente:

Rayos amarillos	1.000
» anaranjados	610
» rojos	94
» verdes	480
» azules	170
» índigos	80
» violetas	6

Conocidas las intensidades, y medida por el fotómetro Decoudum la de la luz azul, pueden por el cuadro precedente deducirse las demás intensidades de los distintos haces monocromáticos.

analgésica, así como la actividad en la cicatrización de la región operada.

Tales hechos, referidos someramente, demuestran bien á las claras los resultados que pueden esperarse en un porvenir no lejano de la aplicación de la cura helioterápica, científicamente aplicada á multitud de enfermedades, y muy especialmente en todas aquellas regiones operadas que por la dificultad de mantener aséptica la parte donde es practicada la operación por otros agentes terapéuticos, éste lo puede verificar de un modo preciso, matemático y seguro.

En las oposiciones á médicos de Sanidad Militar que han de verificarse en el mes de Septiembre del corriente año aparece como pregunta oficial del programa, en una de sus lecciones, la Helioterapia. También en el próximo Congreso de Climatoterapia y de Higiene Urbana que ha de celebrarse del 1.° al 10 de Abril de 1907 en Cannes, Niza, Mónaco y Menton, bajo la presidencia efectiva del Dr. Calmette, tenemos en la orden del día dos comunicaciones de los Dres. Montenis, de Syvabelle, y Chiaïs, de Menton, sobre la Helioterapia, comunicaciones por más de un concepto interesantes, pues se ocupan de los baños de aire, de luz y de sol en la práctica diaria de la clase jornalera, problema social que sólo por su enunciado basta para comprender el interés primordial que ha de despertar entre los modernos higienistas y terapeutas, dándole, por tanto, con estos hechos el lugar que debe corresponderle en la terapéutica como agente científico, del que no debemos ni podemos prescindir.

Génesis de la idea de lo bello en Medicina, por el Doctor Antonio Mut.—Se dice generalmente que lo bello es una cualidad que hace nacer en nosotros una sensación particular de satisfacción ó placer, y que la propiedad, la armonía, la unidad, la variedad y la verdad son sus condiciones esenciales. Pero ¿cuáles de esas condiciones son las necesarias y suficientes para producir en nosotros la sensación de lo bello? ¿Qué tiene éste de absoluto é invariable, de fijo é inmutable, y qué de variable, relativo y pasajero? ¿Qué es lo bello?

Ciertamente que abundan las definiciones, lo mismo en los autores antiguos que en los modernos, lo cual prueba que el problema está aún por resolver; artistas y pensadores han dado multitud de definiciones, sin que á la hora presente exista una sin reparos. Ante todo, convengamos en que lo bello no es lo *bueno,* ni lo *útil,* ni lo *agradable,* ni lo *conveniente* tan sólo. Puede tener todas estas cualidades ó carecer de ellas sin que deje de existir la belleza. ¿Qué tiene de bueno el mar embravecido por la tempestad? ¿Se comprende la utilidad de la Venus de Milo? ¿La tempestad que brama

es por ventura agradable? ¿Dónde está la conveniencia de una puesta de sol ó de un paisaje alpino?

La mayoría de los autores antiguos, sin embargo, Platón, San Agustín, Plotino, aceptan el principio de la perfecta conveniencia entre los medios y el fin como condición esencial de lo bello; y, en efecto, es la conveniencia una condición necesaria de la belleza, pero está muy lejos de ser suficiente.

Definir lo bello diciendo que «es lo que produce á un mismo tiempo placer y admiración» no es otra cosa sino tomar el efecto por la causa. Baungarten dijo que «lo bello es la perfección hecha sensible». Mas ¿qué belleza encierra un triángulo, un cuadrado ó una esfera perfectos? Goethe escribió: «La ley que en su mayor amplitud y sus condiciones más esenciales se traduce por un fenómeno, produce lo bello objetivo; pero éste no puede producir efecto sino en los individuos capaces de comprenderle.» Tal definición es por lo menos insuficiente. Gauckler, comentando este concepto del gran pensador, dice: «En una estatua griega, en la Escuela de Atenas de Rafael, en la *Iliada* de Homero, en un cuadro de Teniers, busco la ley inútilmente; encuentro cualidades, sentimientos, pensamientos, hechos y costumbres expresados de modo que producen en mí el sentimiento de lo bello; pero de leyes no veo la menor traza. Kant, reproduciendo una idea de Platón, afirma: «La belleza es la forma de la conveniencia final de un objeto, en tanto que es reconocido en él sin el móvil de ningún fin.» Distingue esta definición entre lo bello, lo útil y lo perfecto; pero, en suma, no hace más que pisar las huellas del Hippias de Platón, que define lo bello como un reflejo de lo ideal. Schelling, más poético, dice: «¿Lo bello es lo infinito expresado por lo finito? ¡Ah! ¿Pero qué es lo *infinito?*»

Algunos filósofos más modernos, Souffray, por ejemplo, hacen depender la belleza de la *expresión*: es la manifestación de lo invisible por lo visible. Para Lamennais, lo bello es lo verdadero manifestado en forma sensible. Sin embargo, hay aspectos muy verdaderos de la vida que no tienen nada de bellos: la expresión de la avaricia y de otras pasiones innobles, por ejemplo. Otras definiciones expresan elegantemente el concepto estético de la belleza en esta forma: «Lo bello es el esplendor del bien». Y Milá y Fontanals, en frase escogidísima, dice: «La belleza es la armonía viviente». Conceptos, á la verdad, bellos, pero incompletos. Méndez Bejarano define la belleza así: «La belleza es la adecuada manifestación del ideal en la individualización».

Lo positivamente cierto es que el primer efecto que notamos en presencia de un objeto bello es una íntima satisfacción ó placer libre de todo otro sentimiento egoísta; y ese placer estético causado por la belleza es de tal naturaleza, que nos atrae inconsciente-

mente, se impone á las demás satisfacciones y reina por su propia virtualidad; amamos lo bello porque es bello, sin otra consideración.

Coloquémonos ante una obra de arte, y deteniendo un instante la observación, veremos que lo primero que buscamos es su razón de ser, su *expresión*. Sin esta categoría común á todos los objetos capaces de producirnos el atractivo de lo bello, no hay emoción artística posible. La figura más acabada, el lienzo más perfecto, en cuanto á técnica nada nos dice, ni nos impresiona si carece de expresión; algo que nos haga ver y sentir bajo la forma exterior la vida que la anima, el sentimiento que la forja, el pensamiento del artista. Pero la expresión mediante el arte del sentimiento, la pasión, el movimiento, todas las manifestaciones de la vida acusadas por la inerte materia, la forma, el color, los sonidos, la palabra, no puede en modo alguno producir la emoción de lo bello si no son á la vez *verdad*: la expresión verdadera es inmutable; por eso las obras de la escultura griega son eternamente bellas. ¿Y qué es lo verdadero? «La verdad no es otra cosa que la exacta correspondencia entre las relaciones subjetivas y las objetivas» (Spencer). O de otro modo: «Siempre que una representación corresponde exactamente á su objeto, se dice que es verdadero». De modo, pues, que, según esto, la belleza consistiría en la adecuada relación entre la idea del objeto y el objeto mismo en cuanto individualización de su idea. Y si ascendemos á órdenes más superiores, llegaremos por inflexible lógica á un punto en que el ideal y la manifestación se confunden, originando la belleza suprema, la hermosura absoluta, la perfección, Dios. Pictet, en su libro *De lo bello en la Naturaleza, en el arte y en la poesía*, abunda también en esta misma idea cuando dice: «Lo bello es la armonía de la idea con la forma, en la expresión sensible de la idea por la forma». Pero para que las formas del pensamiento y los movimientos anímicos puedan ser expresados por las formas y los movimientos de la materia, y para que los fenómenos naturales puedan ser calificados por atributos de la vida en las imágenes poéticas, es necesario que exista una *unidad*. La revelación íntima de esa unidad es la que hace nacer el sentimiento de lo bello. Así, cuando vemos en los objetos de arte esa unidad dentro de su totalidad (á la manera de lo que acontece en los seres orgánicos que ajustan á una ley de unidad todos los órganos de sus cuerpos y todas los funciones de sus órganos) animada de la más infinita variedad de sus partes, semejantes entre sí, mas no iguales en la común coexistencia, aquélla se despliega íntegra, llena de vida armónica, bella. Esta misma unidad de la vida y de la sustancia finita manifestada por la expresión exacta de lo invisible por lo visible, es lo que ha inducido á Gauckler para proponer esta de-

finición filosófica de la belleza: «La manifestación verdadera de la unidad del sér mediante fenómenos finitos».

No es mi objeto hablar de la belleza absoluta, ni de otras divisiones artificiosas que se han establecido para facilitar y metodizar su estudio. Quiero hablar preferentemente — porque es lo que guarda más íntima relación con la Medicina — de la belleza artística, ó sea de la que es informada por el hombre, valiéndose de su dominio sobre la materia. En toda obra de arte, cuanta mayor y más exacta correspondencia exista entre la idea y la forma, más grandes son las perfecciones del conjunto. Siempre hay una relación interna y fatal entre el pensamiento y su forma externa, entre la idea del objeto y el objeto mismo. Mas es un axioma incontrovertible en todas las artes, de que en ninguna manifestación del ingenio puede el hombre sustraerse al medio ambiente en que vive, al *prisma* á través del que observa y ve lo que le rodea. Por eso allá en los siglos medioevales, la influencia religiosa, la onda mística, inundándolo todo, convierte á las bellas artes en simbolismo teológico. Más tarde el neoclasicismo, representando los dioses, faunos, ninfas y demás personajes mitológicos, ahogó el arte, borrando las hermosas fuentes de sublime inspiración natural que constituyeron los mejores días de la Grecia durante el Renacimiento. Después apareció el sentimiento de la realidad, y el arte empieza el estudio del natural, pero no sin que el llamado idealismo mantuviera, y mantiene hoy todavía, perpetua lucha en el espíritu de los artistas. La *verdad*, el estudio concienzudo y detallado de la Naturaleza, reproducir el natural: ése es el fin del arte.

Pero ¿cómo se ha de entender el naturalismo, realismo, positivismo, sensualismo, ó como se quiera llamar la verdad? ¿Ha de quedar reducido el arte á una mera imitación de la Naturaleza, cual puede hacerlo, mejor sin duda, la precisión automática de la fotografía? Pues entonces más vale negar que existen artes bellas. No; en Psicología se distinguen la impresión sensual y la percepción ó sensación propiamente dicha. El primer acto impresiona la retina, el segundo el cerebro. La Naturaleza no puede ni debe ser representada por el arte en general tal como es, sino conforme nos impresiona. El realismo, por tan mezquina suerte concebido, no es ni puede ser escuela artística. Hay en la producción artística un acto que pudiéramos llamar de adaptación, en virtud del cual la naturaleza exterior se compenetra y funde con lo íntimo del artista, el cual lleva, por así decirlo, el ideal en su interior, á cuya luz corrige los defectos de la realidad, mostrando lo que hay en ella de infinito, de divino, de eterno. Este es el fondo de la debatida cuestión entre el idealismo y el realismo, que, bien mirados, son simplemente aspectos de una misma cosa. Se llama realista á Velázquez, porque, en efecto,

es la encarnación de la verdad real, tangible, como el natural lo presenta. Nada hay en la ejecución de sus obras ni en el pensamiento que las creó fuera de la verdad. Siempre la realidad. ¡Pero qué realismo! Coloquémonos ante el cuadro *Los borrachos*; contemplémosle largo tiempo; dejémosle producir su efecto sobre nuestro sentimiento; que vaya poco á poco infiltrándose en nuestro espíritu; cerremos después los ojos y meditemos. ¿Qué impresión es la que queda grabada en nuestro cerebro? Pues queda la *idea* del borracho, queda el ejemplar, el modelo al cual se ajustan todos los ebrios, sin que ninguno lo realice por completo. Este es el *quid divinum* del genio. Velázquez, sí, levantó bandera contra las falsas corrientes del neoclasicismo y las absurdas fábulas del neopoliteísmo, pero en el fondo es tan idealista como el celeste, el arrebatador, el divino Murillo. Porque en el arte no hay, no debe haber escuelas ni divisiones; no hay más que realizar lo infinito en el límite de lo individual. Aun dentro del impresionismo, no todos son deslumbradores efectos de luz, mágicos contrastes y desbordamientos maravillosos, sino que hay dos términos harto distantes entre sí, que llevan, desde una finalidad limitada al sensualismo más estrecho, hasta una aspiración que puede confundirse en las lindes de las concepciones más idealistas; cuyos términos dejan un dilatado espacio, en el que se pueden señalar gradaciones distintas, según el temperamento, la personalidad de cada artista.

El propio Velázquez, al concebir su célebre *Cristo*, ¿no fué soñador y poeta? El *Cristo* de Velázquez no tiene carácter puramente humano, sino que se confunden en admirable maridaje el naturalismo y el espiritualismo, necesario, es verdad, para representar el Hijo de Dios. El arte griego, llegado á su mayor apogeo, expresaba no solamente los pensamientos, los sentimientos y las pasiones de los hombres—en sus mármoles—tal como ellos se muestran en la Naturaleza, sino que personificaba la facultad eterna y sobrehumana, la perfección misma. De un lado, el relieve del músculo bajo la piel indicando la fuerza; de otro, la expresión tranquila de los rostros de serena majestad, de absoluta calma. Por una parte, la supresión momentánea y activa de la figura natural; por otra parte, la idea de la perfección, del poder eterno. Tal es el arte, sea cual fuere sus medios de expresión. Si la pintura, descubriendo en las entrañas de la realidad la esencia divina que la informa; si la escultura, buscando el hombre tipo, perfecto, dentro de cada modelo. No consiste la cosa en pintar *un* caballo ó *una* flor, sino *el* caballo ó *la* flor. Lo contrario es convertir el arte en una especie de uniforme y minuciosa refracción fotográfica.

Una obra de arte no es bella para todos. Para notar la emoción estética es preciso poder comprender el sentimiento que la informa,

la idea que la anima. La música de Beethoven, por ejemplo, no fué apreciada al principio sino por algunas naturalezas selectas con educación musical suficiente para entender el sentido de las obras del maestro. Pues en Medicina, justo es consignarlo, la mayoría, si no todos los artistas que han llevado al lienzo ó al mármol asuntos inspirados en nuestra profesión, podrán haber demostrado grandes condiciones de imitación y técnica — que este no es nuestro asunto,—pero de fijo no se han elevado á lo sublime creando. ¿Es esto debido á que la Medicina no da de sí *materia* apta para la concepción artística, ó es que los artistas no han sentido los asuntos médicos? Me inclino mucho á pensar de este último modo. Con frecuencia oye el médico, de labios de personas cuyo espíritu se supone cultivado (tanto más de la ignara plebe), conceptos mortificantes, humillantes, sobre esta profesión que vive del dolor de los demás. Inhumano, carnicero y otros *cumplimientos* perfectamente antiestéticos se oyen por doquier. El médico no *siente*; el mal de los demás le produce júbilo; *goza* en hacer daño, dice el vulgo, y aun el no vulgo. De la enfermedad, de la pena, del sufrimiento, ¿qué impresión agradable puede obtenerse para trazarla con el pincel ó con el buril? ¿La Medicina por sí y ante sí es arte bella?

En la penúltima Exposición de Bellas Artes de esta corte, visitaba yo un día sus salones, y al pasar por el de escultura vi un grupo inspirado en un asunto médico. Era un médico auscultando una enferma. El título de aquella obra no lo recuerdo, y tampoco el nombre del autor, y lo siento. Aparte de que fuera ó no un prodigio de ejecución, había tal *verdad* en aquel asunto, se mostraba la realidad tan patente, que me impresionó hondamente. El médico, inclinado sobre la enferma, tenía las facciones contraídas; *miraba* al espacio sin ver; todos sus sentidos, el alma entera pendía de un signo físico, grave sin duda, que en aquel momento tenía lugar; si de alguna manera, en fin, se puede representar en el mármol la gran tensión que sufre el ánimo (traducido por la contracción muscular, la detención de la respiración, la gran concentración general, etc.) cuando voluntaria y reflexivamente ponemos en actividad la facultad de la atención, comparable en cierto modo al éxtasis, el médico del grupo á que hago referencia era el tipo del hombre que no se ocupa más que de una sensación única percibida por un órgano sensible, el oído en este caso.

Por su parte, la enferma, demacrada, mostrando el relieve de los músculos del cuello, las clavículas, las costillas, su facies hipocrática... estaba *diciendo* que era una tuberculosa avanzada. Pues bien, el presidente del Jurado de la Exposición citada, artista ya fallecido, por desgracia, era gran amigo mío, y yo, en aquel momento poseído de gran entusiasmo, me dirigí á su encuentro, le cogí del bra-

zo, le llevé frente á la estatua, y sin más requisitos le espeté mi opinión en esta forma:—Esto, amigo mío, es muy bueno, y hay que premiarlo.—¡Válgame Dios, y qué expresión más airada tomó la cara de mi buen amigo!—¿Cómo?—exclamó.—¿Qué encuentra usted aquí de bello? ¿Qué ve usted en el fondo de esta obra? ¿Qué le dice á usted? ¿Cuál es la idea del autor? ¿Qué placer ó admiración le causa?—No es cosa de relatar la manera como yo me defendí de todo este chaparrón de preguntas ni de los incidentes ocurridos en el curso de nuestra discusión. Fué en vano cuanto yo aduje en pro de mi criterio; fué inútil que le hiciera notar que si el asunto de *mi obra* no era agradable, tampoco me parecían muy *risueños* el de un lienzo que representaba unos cuantos niños deformes, raquíticos, miserables, ni el de unas prostitutas sentadas en el portal de una casa, ni el de un entierro, etc. *Mi* grupo no mereció ni la más insignificante mención honorífica. El Jurado no *sintió* la obra. Yo pasé, á juicio del presidente, como hombre de muy mal gusto. ¿Pero es que el gusto, como la concepción de lo bello mismo, no varía con las personas y con la educación recibida? La forma da valor á la materia: mármol, sonidos ó colores, y no es, en definitiva, sino una envoltura que vale por lo que contiene. Para apreciarla es preciso saber deducir lo que expresa.

El valor, pues, de una obra de arte no consiste ni en la materia ni en el trabajo que las obras han costado, sino en el sentido que ellas expresan; y es cierto que de lo más trivial, del asunto más vulgar, puede obtenerse, idealizándolo, una emoción francamente estética. *Todo es bello*—dice D. Antonio Martínez Angel—*si se sabe expresar*; y nosotros añadiríamos: si se sabe comprender. Insistimos mucho sobre este último carácter ó condición que distingue perfectamente la belleza asequible á todos ó á la mayoría de los espíritus, de la que sólo es entendida por algunas organizaciones privilegiadas ó educadas previamente en un aspecto particular de la misma. No todos los artistas, aun siendo notabilidades dentro de su especialidad, tienen la facultad de discernir lo verdadero en la expresión, «ese buen sentido delicado», que dice J. Chenier, en todas las variadísimas manifestaciones del arte.

Habladle á un pintor, por ejemplo, de esas masas de sombra con contrastes de luz, de esas compenetraciones de líneas que parecen vibrar, y en efecto vibran, quebradas por las irradiaciones del sol y los torbellinos del ambiente y las veladuras borrosas de las lejanías; habladle de la luz, de los colores, de perspectiva... y oiréis de sus labios juicios precisos, sentimientos de exactitud y comprensión. Pero preguntadles, es un caso, si su espíritu se impresiona por el ritmo musical, si á sus sentidos llega la armonía, si á sus sentimientos internos emociona la melodía, si se apasiona por la música ita-

liana ó la alemana, y puede suceder que no obtengáis más que alguna vulgaridad ó incongruencia. Habladle á un arquitecto del culto griego para el baile; de las danzas de Panateas, de Teseo, etc., etcétera, y es posible que no os pueda dar su opinión acerca de qué bailes sostienen las partes del cuerpo en relaciones más armónicas, si la *orquéstica*, la *esferística* ó la *cibística*.

Decidle á un escultor qué cualidades debe tener el estilo para ser elegante y si un discurso puede traducir el pensamiento, el sentimiento y la pasión de un modo bello, y tal vez os conteste:—Dadme barro y os haré cualquier cosa.—Es que no siente el *arte de la palabra*. El arte es uno en el fondo, sí, como la existencia, como el sér; pero no todos los espíritus poseen la singular propiedad de distinguir lo bello en las infinitas manifestaciones que, ya en el tiempo ó en el espacio, ofrece aquél. Algunas de esas manifestaciones son tan enérgicas, irradian la belleza de modo tan comprensible, que se imponen en el ánimo menos cultivado, mientras que otras exigen, vuelvo á repetirlo, cierta educación para averiguar el sentido que expresan. Lo escultórico, y aún mejor lo arquitectónico, que es el arte plástico por excelencia, son mejor comprendidos por la generalidad de las gentes que un trozo de *Parsifal* ó una sinfonía de Beethoven ó un discurso de Mirabeau. Lo bello médico pertenece á esta última categoría. Y aquí se presenta una nueva cuestión: ¿La Medicina es capaz de producir estéticas impresiones, por cuanto es ciencia ó por cuanto es arte?

La Medicina es ciencia en el hecho de buscar por el estudio metódico del hombre y del medio que forma su condición de existencia un completo conocimiento de su frágil naturaleza; y es arte al deducir y aplicar, en virtud de ese conocimiento, un sistema de preceptos útiles ó liberales. Mejor diríamos que la Medicina ni es sólo ciencia ni es sólo arte, sino que en ella la teoría y la práctica se engendran recíprocamente al infinito. La teoría produciendo buenas reglas de arte, y éstas iluminando la experiencia. Pero en este punto debemos ser bien explícitos.

(Continuará.)

Anestesia eléctrica (1), por M. Stephane Leduc, de Nantes (tomado de *Medical Electrology and Radiology*, August, 1907), por

(1) El artículo presente tiene, además del interés de la tendencia á sustituir la anestesia evitando los peligros del cloroformo, el capital humanitario de intentar sustituir la horrorosa muerte de la electrocución en los Estados Unidos de América por otra suave, sin dolor ni excitaciones, *tranquila*, que pudiéramos decir.

Aun cuando la pena de muerte en sí es un suplicio bárbaro, atávico, y que no resuelve nada, pues el crimen se comete siempre con pasión y la pasión impide usar del juicio, hasta que la humanidad se persuada de estas verdades hemos todavía de ver multitud de crímenes cometidos en aras de nuestra ignorancia. Es, pues, humanitario suavizar nuestras crueldades.

S. G. Hurtado.—Con el nombre de anestesia eléctrica señalo un estado análogo á la narcosis clorofórmica, en el cual el sujeto pierde los movimientos voluntarios y la respuesta á la estimulación, quedando únicamente algunos movimientos reflejos, como el latido cardíaco y la respiración; este estado producido por la acción en el centro de una corriente eléctrica especial puede ser mantenido por espacio de varias horas y cesar inmediatamente que la corriente eléctrica se suspende.

La corriente.—La corriente empleada para producir la anestesia eléctrica es una corriente especial que he descubierto al hacer experimentos en los nervios, estimulándolos eléctricamente. Esta corriente es intermitente, de baja tensión y dirección constante.

Con la corriente empleada, un período es la centésima parte de un segundo, la corriente se abre y cierra cien veces en un segundo. El tiempo entre la abertura y el cierre del circuito, que es la duración de la corriente, es la décima parte de un período, ó sea una milésima de segundo.

Interruptor.—La corriente debe tomarse de un origen constante y emplear un interruptor especial. He construído varios interruptores á este fin, y el único que en la actualidad uso es el de Gaiffe; consiste éste en dos aspas á modo de cruz de Malta, perfectamente aisladas, que tocan al girar dos polos, fijo y movible, para establecer la corriente. El polo movible puede aproximarse ó separarse más al polo fijo, con lo cual se aumenta ó disminuye el tiempo de duración de la corriente. Cada una de las dos ramas de la cruz abren y cierran el circuito dos veces por cada completa rotación del eje, lo cual hace cuatro aberturas y cerraduras en cada completa revolución. Para encontrar, pues, el número de interrupciones en un tiempo dado, hay que multiplicar por cuatro el número de vueltas. Las interrupciones se regulan por un reostato.

Accesorios.—Para producir la anestesia eléctrica es importante contar con una buena graduación del potencial, un colector, un reductor de potencial ó un reostato que permita regular fácilmente y de una manera gradual la diferencia de potencial entre los dos electrodos aplicados al sujeto. Es igualmente importante conocer aproximadamente el potencial necesario para cada caso, á fin de no emplear mayor cantidad de la necesaria, por lo cual es mejor valerse de acumuladores y grandes pilas con pequeña resistencia interna.

Los hilos conductores deben ser bien flexibles, perfectamente aislados, y, si es posible, soldados á los electrodos. Un miliamperómetro aperiódico debe ser colocado en serie con el interruptor y el sujeto. Es importante, no únicamente medir la intensidad, sino regular las fracciones de los períodos. Un vólmetro y un ranversador de corriente completan el instrumental con un taquímetro ó

contador de revoluciones y un aparato que permita regular la relación de la ruptura de la corriente.

Regulación de las fracciones de período durante el paso de la corriente.—Durante mis experimentos, conté las revoluciones por métodos de laboratorio, como por la señal de Desprez en el circuito y por comparación con las vibraciones de un diapasón. En la actualidad me está construyendo Gaiffe un interruptor, con el cual puede leerse en una esfera el número de interrupciones. Este mismo aparato puede también demostrar, sin otro proceder que una simple lectura, la fracción del período para cada posición del contacto móvible: 0,50, 0,10, 0,01 durante el período de la corriente. La duración P de cada período está en razón inversa del número N de interrupciones por segundo. $P = \frac{1}{N}$ y el producto de esta duración multiplicado por la fracción de un período D, da la absoluta duración de cada contacto. Si $N = 100$ con una duración de una décima de un período $\frac{1}{10}$, tendremos $D = \frac{0,1}{100} = \frac{1}{1.000} = 0,001$ de un segundo.

Después de un gran número de experimentos con corrientes de diferente frecuencia, he elegido como lo mejor una frecuencia de 100 por segundo y la duración del paso de la corriente $\frac{1}{10}$ de período.

También he estudiado la aplicación de las corrientes alternativas, que no son apropiadas para este uso porque la intensidad que es suficiente para producir una estimulación en un punto bajo un electrodo negativo no produce estimulación cuando este electrodo se hace positivo.

Propiedades fisiológicas de las corrientes intermitentes.—Las corrientes intermitentes que producen la narcosis eléctrica tienen propiedades fisiológicas que las hacen aptas para varias aplicaciones terapéuticas.

Estas corrientes son un excelente estímulo para los nervios y para los músculos. Llevan á la contracción muscular un estímulo más poderoso y más marcado que las corrientes farádicas.

La corriente farádica tiene una duración instantánea con un alto potencial. Es un estímulo rápido que podíamos representar por una fuerza como 1.000 actuando durante 0,00001 de segundo.

La corriente intermitente tiene una más larga duración con un potencial más débil; podía ser representada por una fuerza como 10 actuando durante 0,001 de segundo. El grado de excitación puede ser lo mismo que con la corriente farádica, pero en una forma menos dolorosa y cien veces más suave. La experiencia demuestra que para la misma sensación superficial el estímulo de la corriente intermitente penetra mucho más profundamente que el de la corriente farádica. Las corrientes intermitentes se adaptan mejor para el electro-diagnóstico porque son más fácilmente medidas. Es de gran

importancia en los trabajos electroterapéuticos poder provocar un estímulo determinado á voluntad, porque de esto dependen los buenos resultados terapéuticos. Un estímulo determinado es saber medir exactamente el máximum de fuerza que debemos emplear, para poderla producir y utilizar en todo tiempo y lugar. La corriente inducida no ha podido ser medida hasta ahora, á pesar de los múltiples intentos que se han hecho.

La corriente interrumpida puede, por el contrario, fácilmente ser medida en amperaje y voltaje. Si la corriente pasa únicamente durante 0,1 de período, el amperaje indicado, multiplicado por 10, dará el amperaje de la corriente no interrumpida, y el cociente de la diferencia de potencial por este amperaje nos dará la resistencia del sujeto en el circuito.

Mi nuevo interruptor demuestra, por una lectura directa, el número de interrupciones por segundo; puede ser regulado fácilmente, y cualquiera puede calcular la duración del paso de la corriente durante cada período, asunto que hasta ahora no había sido tomado en consideración. Para el electrodiagnóstico y la electroterapéutica esta medida tiene un capital interés. Estas corrientes son un excelente medio de averiguar la sensibilidad, excitabilidad y contractilidad de los diferentes órganos fisiológicos ó patológicos más que ninguna otra de las que se emplean en medicina, y es indudable que su uso nos proporcionará nuevas investigaciones de más ó menos interés.

Nociones de electro-fisiología cerebral.—Tres opiniones (de las cuales las dos últimas son contradictorias) han interpretado los fenómenos de electro-fisiología cerebral. La primera cree que el cerebro no puede ser excitado por la electricidad. La segunda, que es difícil llevar al cerebro del individuo vivo la corriente eléctrica, y la tercera, que son dañosas las grandes corrientes aplicadas á la cabeza. Antes de 1870, la inexcitabilidad del cerebro por todos los conocidos excitantes, y en particular por la electricidad, fué un dogma reconocido y afirmado por Magendie, Flourens, Longet, Mattenci, Weber, Schiff, todos fisiólogos y todos médicos. Los experimentos de Fritch é Hitzig realizados en el cerebro demostraron la existencia de centros motores excitables por la electricidad, y destruyeron este dogma abriendo nuevo campo á las exploraciones cerebrales.

En 1867, Erb demostró en el cadáver que la corriente eléctrica (continua é inducida) podía atravesar la cabeza, penetrando en el cerebro. Para demostrar esto trepanaba la cabeza, levantando dos colgajos, con hueso y meninges, en dos sitios opuestos, dejando al descubierto la masa encefálica. En estas condiciones preparaba un galvanómetro en contacto con el cerebro desnudo y capaz de anun-

ciar el paso de una corriente por su masa, y en efecto, vió que cada vez que pasaba la corriente la aguja del galvanómetro se desviaba. Los resultados de Erb fueron confirmados por Burckhardt y von Ziemsen, los cuales creían primeramente en la impenetrabilidad de la caja craneana á la corriente eléctrica.

La resistencia eléctrica del cráneo, lleno de sangre y de fluidos orgánicos, es mucho menor que lo que generalmente se supone. Entre dos electrodos de 10 á 16 centímetros colocados uno en la frente y otro en el cuello, he encontrado una resistencia de 300 á 400 ohms. Un cráneo fresco, vacío, lleno de pura agua salada, con la superficie convexa en contacto también de agua salada, en una altura de 13 á 17 centimetros, deduciendo la resistencia del líquido, ofrece al paso de la corriente de 150 á 200 ohms.

Por otro lado, von Ziemsen encontró que la sustancia cerebral es el mejor conductor del cuerpo humano. Según él, el tejido muscular tiene una resistencia 3,1657 mayor que el tejido cerebral. Esto demuestra que de todos los órganos profundos el cerebro es el más accesible á las corrientes eléctricas. Efecto de este estado de cosas, había la errónea creencia de que las afecciones cerebrales no podían tratarse por la electricidad, aun cuando ya se habían tratado por este medio enfermedades de la medula espinal. Las corrientes eléctricas siguen el curso siempre de menor resistencia. Si se aplican en la frente, pueden atravesar la caja craneal, tomando el camino más corto y de menor resistencia, que son los centros nerviosos. Pero si se aplican en la espalda, una gran porción de la corriente sigue los músculos sacro-dorso-lumbares de cada lado, y una pequeña porción puede penetrar únicamente en la medula espinal.

Guiado por estas nuevas ideas, he emprendido mis experimentos para la anestesia eléctrica, epilepsia experimental, electro-fisiología cerebral y aplicación del tratamiento eléctrico para las afecciones cerebrales.

La estimulación de la cabeza por las corrientes eléctricas excita los nervios sensoriales y produce sensaciones de sabor y de luz. Uno de los más constantes resultados de esta excitación cerebral es lo que se ha llamado vértigo.

El vértigo se presenta en su máximum de intensidad cuando una corriente continua está completamente establecida, pasando de uno á otro oido.

Si á cada lado de la cabeza de un conejo se coloca un pequeño electrodo sobre la piel afeitada, entre el ojo y el oído, haciendo pasar la corriente con cierta fuerza por los electrodos, se notará que, al cerrarse, la cabeza del conejo cae sobre el lado del anodo. Repitiendo el experimento, cambiando los polos, se observa que la cabe-

za cae al lado opuesto, siempre hacia el punto donde corresponde el anodo. El resultado es tan regular que puede servir para averiguar los polos. Si un gran electrodo indiferente se coloca en el cuerpo, y otro pequeño entre el ojo y el oído, al cerrarse la corriente, la cabeza cae del lado no excitado.

Reglas que deben observarse para someter el cerebro á la acción de la corriente eléctrica.—El vértigo se produce también en el hombre cuando se aplica la corriente eléctrica á la cabeza. Esto, naturalmente, asusta al paciente, y podemos desde luego evitarlo. Yo creo haber encontrado las condiciones en que se produce el vértigo. El vértigo eléctrico es siempre producido por una variación en el amperaje de la corriente. Es más pronunciado cuanto la variación es más rápida. La intensidad del vértigo es más grande cuanto la dirección de la corriente es más transversal, que es cuando la diferencia de potencial entre los dos hemisferios es más acentuada. Haciendo pasar la corriente simétricamente en los hemisferios en sentido ántero-posterior, al mismo tiempo que el amperaje cambia muy gradualmente, el vértigo no se produce.

Ya he descrito en un trabajo publicado por Masson en 1907 el resultado en la función cerebral de una corriente continua del cuello á la frente. La estimulación eléctrica del cerebro por medio de un alto amperaje, con corta duración (cinco segundos), produce un acceso epiléptico, del cual nos hemos de ocupar más tarde.

Producción de la narcosis eléctrica.—Para producir la narcosis eléctrica es necesario contar con un origen de electricidad, un reostato, un interruptor, un ranversador, un miliamperómetro y el sujeto. Paralelo á los puntos de los que se toma la corriente se coloca un vólmetro. Se afeita la piel de la cabeza del animal (perro ó conejo). Una débil resistencia en la corriente es esencial para obtener resultado. Si la piel no es bien atravesada y ofrece resistencia al paso de la corriente, puede elevarse demasiado el voltaje, y el experimento no tener buen resultado. Con la piel del animal debe tenerse mucho cuidado al afeitarse, y en caso de tener una cortadura, cubrirla inmediatamente con colodión. Si esto no se hace, la corriente pasa casi toda por la pequeña herida, y produce gran dolor. La superficie afeitada debe extenderse también á la parte frontal de los ojos, para que de esta manera la parte anterior del cerebro sea atravesada por la corriente y esté bajo su influencia. En la parte afeitada se coloca una delgada capa de algodón absorbente, empapada en una solución de cloruro de sodio al 1 por 100 (1 : 100). Encima se coloca un electrodo plegable, delgado, soldado al hilo conductor. Para el conejo, el electrodo es un disco delgado, de 3 á 4 centímetros de diámetro. Para el perro, este disco tiene de 5 á 6.

El electrodo, así colocado, debe ser fijado con una regular pre-

sión. A este propósito empleo tirantes elásticos. En el conejo, el tirante pasa por detrás de la oreja, haciendo un 8 por debajo del maxilar inferior, y comprendiendo bien el electrodo. En el perro, el tirante pasa sobre el electrodo, y se fija en la parte inferior del hocico. El segundo electrodo debe ser mucho mayor, 8 á 10 centímetros, y puede ser colocado en cualquier punto del cuerpo, siempre que sea simétricamente colocado en el eje; pero es mejor ponerlo en la parte inferior del dorso, de modo que la corriente fluya con gran densidad por los centros nerviosos, cerebro, bulbo y medulo-espinal, en toda su extensión. Si queremos evitar que la corriente pase por el bulbo y la medula, el mayor electrodo le colocamos en la parte anterior-inferior del tórax.

La colocación de este electrodo debe ser preparada con tanto cuidado como el de la cabeza, y fijado del mismo modo con relación á las partes. Todos los accesorios del aparato se colocan entre el origen de la corriente y el gran electrodo de la espalda, que está en relación con el polo positivo. El electrodo de la cabeza se conecta directamente con el polo negativo. El potencial del electrodo negativo ó activo no debe variar. La corriente sufre directamente las variaciones de potencial del electrodo de la espalda, que es el potencial del polo positivo, cuando la corriente se cierra, y para el potencial del polo negativo, cuando la corriente se abre entre el sujeto y el polo positivo.

Se puede realmente llegar á la narcosis eléctrica llevando á la cabeza el polo positivo; pero no da un resultado tan perfecto como cuando se lleva el negativo. Esto recuerda el mayor efecto del polo negativo para excitar los nervios motores, pues el polo positivo requiere un alto voltaje, mayor intensidad, gran consumo de energía, y produce una menos perfecta narcosis.

Después de haber dispuesto todo lo necesario para el experimento, según queda dicho, se coloca el interruptor para el trabajo, se regula la corriente con las interrupciones y la duración de los períodos dicha, y el potencial se va gradualmente elevando. Al principio, el animal está inquieto, agitado; después va poco á poco calmándose. Todas las influencias que suprimen la función cerebral causan al principio excitación, como, por ejemplo, el cloroformo, el alcohol, el opio. Lo mismo ocurre con la electricidad. Aun cuando este período de excitación es inevitable, puede, por la mayor ó menor rapidez con que la eleve el potencial y el amperaje, prolongarse á voluntad, más ó menos; pero la excitación y agitación producida disminuye la intensidad del fenómeno en relación á la rapidez con que se ha producido. La elevación de un voltio en sesenta segundos puede excitar sesenta veces menos que si se eleva en un segundo. La excitación precede inmediatamente á la inhibición, que

es la narcosis. La elevación de potencial debe hacerse de la manera más suavemente posible. De este modo el animal pasa suave y gradualmente, sin un grito, sin un movimiento de defensa y sin un signo de dolor, á un estado de inhibición cerebral análogo á la narcosis clorofórmica. Fuera de algunos reflejos (sobre todo si la medula espinal no ha sido influenciada por la corriente), el animal no reacciona á los estímulos. Se nos presenta en un estado de completa anestesia. En él puede ejecutarse cualquier operación, sin que dé muestra de sentirlo. No reacciona más que cualquier persona sometida á la acción del cloroformo.

Para producir la narcosis eléctrica en un conejo, se necesitan seis á ocho voltios y uno á dos miliamperios de la corriente interrumpida, que corresponden á diez ó veinte miliamperios de la no interrumpida.

Cuando el voltaje necesario es conocido, y se administra de una vez, la inhibición es repentina, y el animal cae de lado. Como consecuencia de la contracción general, la respiración es inhibida; después de diez segundos, la contracción cesa, el animal queda quieto, y á los quince segundos la respiración se restablece, quedando indefinidamente en este estado. El fenómeno cesa instantáneamente cortando la corriente. El despertar es instantáneo; generalmente, el animal va por su pie, tiene la mirada tranquila, no presenta signos de sufrimiento, temor ni fatiga, y cuando se le quitan los electrodos salta con alegría y come con apetito lo que se le ofrece. No se presentan efectos consecutivos ni vómitos, rara vez un ligero estupor. Parece que el experimento no le produce dolor, porque el animal se muestra no solamente cariñoso, sino que se acerca, sin resentimiento ni aversión, al experimentador, y no teme ni huye durante los preparativos de otra aplicación. Esto es muy característico en el perro, que puede muy bien reconocerse cuándo es amigo ó adversario.

Inhibición de la respiración.—Si después de haber producido la anestesia eléctrica de pronto se aumenta el potencial, la respiración cesa y el corazón deja de latir. Por medio de aparatos registradores del laboratorio fisiológico de la escuela de Nantes, ayudado del profesor A. Rouxeau, hemos hecho trazados de la inhibición de la respiración. Para producir este fenómeno en el conejo, es necesario excederse en el voltaje necesario para la anestesia eléctrica; si, por ejemplo, son necesarios 6 voltios y se llega á 10, el fenómeno se produce.

Bajo la influencia del incremento del voltaje, los movimientos respiratorios primero crecen en amplitud, después se hacen más frecuentes y más y más irregulares. El volumen del pecho aumenta algunas veces de un modo exagerado. Después los movimientos dis-

minuyen en amplitud, se hacen á largos intervalos; el tórax vuelve á un estado entre la inspiración y la espiración; la gráfica marca una línea horizontal en pequeñas oscilaciones que corresponden á pequeñas contracciones musculares. La inhibición de la respiración en este período puede considerarse completa.

Cuando la corriente se corta repentinamente, se produce un movimiento grande de inspiración, y el tórax vuelve suave y gradualmente á su medio volumen. Los movimientos respiratorios comienzan al principio siendo suaves y pequeños; después se hacen más amplios, y permanecen por cierto tiempo siendo más extensos que en el estado normal.

La respiración puede estar inhibida por un minuto sin causar inhibición de la acción cardíaca. La inhibición de la respiración puede ser bien llevada, dejando de vez en cuando unos momentos de descanso. Cuando la corriente está bien regulada, la operación bien conducida y el animal bien vigilado durante la narcosis, no se observan casos de muerte. Es evidente que la inhibición de la respiración es más perjudicial cuanto más se prolonga para estudiar sus efectos. De 74 experimentos hechos en unión del profesor Rouxeau para sacar trazados de respiración y circulación, se han observado siete muertes; cinco, provocadas intencionalmente para observar las condiciones en que se producían. Los otros dos casos se produjeron al estudiar la inhibición de la respiración. De todos los animales empleados para estos estudios experimentales, uno solamente fué encontrado muerto en su caja: en los demás no notamos cosa alguna de particular.

Método para reanimar al animal aparentemente muerto.— Cuando la respiración se ha interrumpido y el corazón ha dejado de latir, pueden restaurarse estas funciones con la misma corriente que las ha producido. Para hacer esto sin que el experimento se malogre, es necesario hacer pasar las corrientes en cortos períodos siguiendo el ritmo de la respiración. Por este medio todos los músculos del cuerpo se contraen, incluso los de la inspiración, produciéndose la respiración artificial. Durante nuestros experimentos de inhibición respiratoria hemos usado este procedimiento quince veces, reanimando ocho al animal. Este número podía haber sido mayor si hubiésemos deliberadamente procedido con esta intención desde el principio; pero sólo lo hacíamos en períodos muy avanzados.

Si la excitabilidad cerebral se manifiesta en estos períodos de corrientes, el animal se salva; si en las sucesivas excitaciones por la misma corriente la excitabilidad disminuye, el animal muere.

Electrocución.—La adición de uno ó dos voltios sobre la carga que produce la inhibición respiratoria, determina la parálisis del corazón y la muerte. Este procedimiento contrasta por su suavidad

del que se usa en América para la electrocución. Con intermitente corriente y electrodos colocados de la manera descrita, las funciones de los centros superiores de percepción son primero abolidas, y después la respiración y circulación. En los casos en que no se produzca reacción, sin metáfora alguna puede decirse que el sujeto pasa á dormir el sueño eterno. En los Estados Unidos de América no se busca sitio de elección al aplicar los electrodos. El dolor y las contracciones violentas se perciben antes de que el individuo sea inconsciente. El amperaje y voltaje usados son grandísimos, ocasionando gran producción de calor, que pone incandescentes los conductores, obligando á interrumpir el paso de la corriente á los pocos segundos, cuando el sujeto puede todavía sentir, siendo necesarias varias interrupciones para conseguir la muerte. Con la corriente intermitente que nosotros empleamos, á pesar de su poca intensidad y voltaje, es suficiente para detener la acción cardíaca, y puede continuarse su aplicación todo el tiempo deseable hasta producir la muerte, sin que el animal dé señales de sufrimiento.

Tiempo durante el cual la narcosis puede ser sostenida.—La anestesia eléctrica puede ser sostenida por largo tiempo sin perjuicio para el animal. He tenido animales en este estado por espacio de tres horas seguidas. Con el profesor Rouxeau hemos registrado por cuatro horas y cinco minutos los movimientos del corazón de un conejo bajo la anestesia eléctrica, fijado el tambor registrador en su pecho y echado libremente en una mesa.

Todavía más: Miss Louise Robinowitch, de Nueva York, ha tenido en mi laboratorio un conejo dormido por espacio de ocho horas y veinte minutos sin interrupción. El animal despierta tranquilo después del experimento. Las veces consecutivas que se ha repetido ha pasado igual en el mismo animal. No ha sufrido alteración en su salud. Nosotros frecuentemente hemos observado esto mismo.

Presión sanguínea durante la anestesia eléctrica.—He estudiado la influencia de la anestesia eléctrica sobre la presión de la sangre en la carótida por medio de trazados en el laboratorio de fisiología de la Escuela de Nantes, con la ayuda de los profesores Rouxeau y M. Temaigueu. Narcotizamos al conejo repentinamente cerrando el circuito con 4 voltios y 0,75 miliamperios. La corriente sufre 110 interrupciones por segundo, y pasa en cada cerradura por una décima de cada período. Al cerrar la corriente, el pecho del animal se dilata de un modo considerable, después se retrae poco á poco, y gradualmente vuelve á su estado normal. Los movimientos respiratorios se suspenden por un instante, pero comienzan después con su normal ritmo. La presión sanguínea en la carótida, al principio se eleva ligeramente, después desciende, y más tarde suavemente va subiendo hasta permanecer á gran altura durante toda la

narcosis. Es, pues, característico este fenómeno: durante la narcosis, la presión sanguínea se mantiene á gran altura.

Temperatura.—La temperatura durante la anestesia eléctrica ha sido estudiada por Miss Louise Robinowitch, la cual ha determinado que «la temperatura ordinariamente es inferior á la normal».

Estado de las pupilas.—Miss Robinowitch ha estudiado también las pupilas, las cuales, dice, no están dilatadas como en la epilepsia, sino al contrario, contraídas.

Estado de los reflejos.—El estado de los reflejos durante la narcosis depende de la posición del anodo, según que la corriente pase ó no por la medula espinal. Cuando el gran electrodo ó anodo se coloca en el esternón ó en el vientre, la corriente no pasa por la medula y los reflejos de la cara están inhibidos, y en cambio aumentados los de las piernas. Si el anodo se coloca en la espalda, los reflejos de las piernas están inhibidos.

Inhibición cerebral en el hombre.—Hasta el presente, sólo se ha hecho en el hombre un experimento de inhibición cerebral, y éste ha sido en mí mismo, en presencia de Malherbe y Rouxeau, de la Escuela de Medicina de Nantes. Se empleó la corriente producida por un generador de pequeña resistencia interna, de unos 60 voltios. Los polos unidos á una resistencia. El electrodo frontal, compuesto de una buena capa de algodón hidrófilo, cubierto diez ó doce veces de una tela delgada y empapada en una solución de cloruro de sodio al 1 por 100. Se aplicaba haciendo buen contacto á la frente y sienes, y sobre esto se colocaba el electrodo metálico, delgado y pequeño y flexible, soldado al hilo conductor y fijado todo él á la cabeza con una cinta elástica que, con el mínimum de presión, hacía buen contacto. Este electrodo frontal se unía directamente al polo negativo de la resistencia.

El segundo electrodo mayor, dispuesto de la misma manera que el primero, fué colocado en los lomos.

Este electrodo, con el interruptor y miliamperómetro en serie, está unido al polo positivo de la resistencia.

Es muy útil empezar dejando paso á una corriente de 10 á 20 miliamperios por espacio de cinco minutos.

Esta corriente disminuye la sensibilidad de la piel y la resistencia del cuerpo, auxiliando notablemente á la inhibición cerebral. Dada la llave al interruptor, la fuerza electro-motriz se hace aumentar gradualmente moviendo la manecilla de la resistencia, hasta obtener la necesaria intensidad en cuatro á seis minutos. La sensación producida por la estimulación de los nervios de la piel es desagradable, pero llevadera, semejante á la producida por una corriente continua; después de llegar á su máximum, disminuye á medida que el voltaje aumenta.

La cara se enrojece, ligeras contracciones se producen en los músculos de la expresión del rostro, del cuello y algunas veces del antebrazo. Crispaduras fibrilares, sensación de hormigueo en las puntas de los dedos de las manos y en la cabeza, extendiéndose á veces á los dedos de los pies. La inhibición alcanza á los centros del lenguaje, y completamente á los centros motores. El sujeto es incapaz de reaccionar á los más dolorosos estímulos. No puede hablar á los experimentadores. Los miembros no están completamente relajados. Da fuertes gritos ó quejidos, que no son debidos al dolor, sino causados por estimulación de los músculos laríngeos.

En nuestro experimento el pulso no fué afectado, y la respiración era ligeramente fatigosa. Cuando la corriente llegó al máximum, yo podía oir lo que á mi alrededor se decía como en un sueño, pero incapaz de moverme ni hablar á mis colegas. Fuí tocado, pellizcado y pinchado en el antebrazo, pero la sensación era obtusa, como si el miembro estuviera entumecido. La más dolorosa impresión es la que sigue á la disociación y después á la desaparición de nuestras facultades mentales. La impresión es semejante á la que uno recibe en una pesadilla, cuando se cree delante de un gran peligro y no puede mover un solo dedo. He sentido después que mis colegas no aumentaran la corriente hasta llegar á causar completa inhibición. Después de este primer experimento comenzamos otro decididos á llevarlo más adelante, y, en efecto, se llegó á la supresión absoluta de la conciencia y á la insensibilidad completa. La corriente se elevó á 35 voltios y 4 miliamperios en la corriente interrumpida. En las dos sesiones consecutivas, estuve cinco minutos bajo la influencia de la corriente. Al abrir el circuito recobré inmediatamente mis facultades, sin notar molestia alguna, é inmediatamente dí una lectura en la *Société de retraite ouvrière*, de la cual soy miembro honorario.

Anestesia eléctrica local. — Colocando un pequeño electrodo almohadillado sobre el nervio mediano en la muñeca, y empleando la corriente intermitente, el electrodo positivo mayor se coloca en cualquier parte del cuerpo, y levantando gradualmente el amperaje se produce un cosquilleo en los dedos y en toda la región inervada por el nervio mediano debajo del electrodo. Con una cierta intensidad de corriente la sensibilidad de la región se suprime, hasta el punto de no distinguir, cerrando los ojos, si se pellizca, corta ó pincha la piel. La anestesia local es completa.

En este experimento hemos actuado sobre un nervio que contiene pocas fibras motoras, y, sobre todo, es muy superficial. Cuando se quiere producir la misma acción en otros nervios más profundos, la interposición de fibras musculares distrae el paso de la corriente, é impide llegar su acción al nervio que se desea. Esta interposición y

contracción muscular es un obstáculo para la anestesia eléctrica local.

Epilepsia experimental. — El sueño y el coma se caracterizan por la suspensión de las funciones cerebrales. Se diferencian en que nos es imposible restablecer las funciones cerebrales durante el coma, mientras que del sueño podemos fácilmente despertar. La inhibición eléctrica cerebral es muy semejante al sueño, porque al interrumpir la corriente las funciones cerebrales se restablecen en el acto. MM. Zimmern y Dimier han hecho notar la analogía entre ciertos efectos producidos en los animales por la corriente intermitente y los síntomas de epilepsia. Con la colaboración de M. Gustave Gouin, he podido estudiar la epilepsia experimental producida en animales sanos por la corriente intermitente.

No hemos podido producir la epilepsia experimental en el conejo.

Cuando el catodo se coloca en la cabeza, como para la narcosis eléctrica, en anodo en el abdomen ó en la espalda, la corriente intermitente de 100 períodos por segundo, el paso de la corriente una décima de período, con 55 voltios por cuatro segundos, y de pronto se interrumpe el paso de la corriente por el cerebro, se produce un ataque epiléptico en el animal. Este ataque tiene tres períodos bien definidos: convulsiones tónicas, convulsiones clónicas, rechinamiento de dientes y coma. En el perro se necesitan 110 voltios para producir la epilepsia. Estos métodos de estudio los he empleado para conocer la acción de diferentes drogas sobre la capa cortical de los animales en epilepsia experimental. El bromuro de potasio no produce efecto en esta epilepsia. El hidrato de cloral, en cambio, es la mejor sustancia para hacer cesar estos ataques.

Nuevo Director.—Los profesores del Instituto Rubio, en junta celebrada el día 20 del corriente, acordaron por aclamación nombrar Director al Dr. Gutiérrez, en la vacante ocurrida por la muerte del Dr. Castillo, que desempeñaba este cargo.

Nada hemos de añadir á lo publicado por esta REVISTA en su número de Junio, ya que en el *Boletín* correspondiente al mes próximo se da cuenta detallada de dicho acto.

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

NOTAS CLÍNICAS

DE CÓMO LOS COMPROMISOS Y ROTURAS Ó PERFORACIONES INTESTINALES PUEDEN RESOLVERSE POR EL OMBLIGO

NOTA CLÍNICA, POR EL DOCTOR ARNAL

en la visita del jueves 5 de Diciembre.

Este enfermito, llamado Pedro Delicado, tiene trece años y procede de Valencia de Alcántara (Cáceres).

En los últimos días del curso anterior se presentó en el dispensario general de mi cargo en este Instituto, solicitando asistencia y ser operado por una afección supurante del ombligo.

El estado general del enfermito era bueno, sus medros regulares, y efectivamente por el ombligo fluía alguna pequeña cantidad de pus fuertemente oloroso, fétido.

La aparente insignificancia de la afección, el no gran cuidado habido hasta entonces en sus curas, lo bien soportada que era la lesión por el enfermito, cuyo estado general era bueno, y la escasez de tiempo que restaba de curso á la sazón, motivaron aconsejar á la familia del niño se limitasen por entonces á asear y aseptizar la región enferma diariamente, procurando al interesado un buen régimen y vida ordenada, en espera del próximo curso (el actual), rogándoles que no dejasen de traerle al Instituto en dicha época.

De nuevo se me presentó, á mediados del mes pasado de Noviembre, el enfermito con su familia, y acerca del origen y curso del mal me refirieron que hará próximamente dos años, sin causa conocida, tuvo un trastorno digestivo con fuertes dolores, que le cogieron todo el vientre, originándole fiebre y diarrea que le duró tres ó cuatro días; á partir de esta época el vientre le quedó abultado y sensible á la presión, y algunas veces las deposiciones se hacían fuertemente mal olientes y de color muy oscuro, aunque de ordinario eran normales.

Después de esto, y ya muy mejorado, tras de un largo paseo á pie fué acometido de un fuerte dolor en el lado derecho del vientre, seguido de vómitos, volviendo luego á normalidad aparente; pero

tres meses después se repitió el mismo cuadro de dolor y vómitos, de que se restableció incompletamente, pues le quedó el vientre muy sensible á la presión, más en el lado derecho hasta el ombligo, por donde hace once meses se le presentó un ligero abultamiento que creció y se abrió espontáneamente, dando salida á una buena porción de pus fétido, después de lo cual mejoró su estado general, pero subsistiendo alguna sensibilidad á la presión y una exigua pero constante salida de pus por el ombligo; pus que de ordinario era blanco amarillento, pero que frecuentemente arrastraba pequeñas partículas de alimentos no digeridos y siempre tenía un olor pronunciado fecaloídeo.

Así ha seguido durante once meses, y, por lo visto, así seguiría por una eternidad; presintiéndolo la familia, lo mismo que el propio enfermito, pedían la intervención; y asintiendo yo porque creía lo mismo, le dí entrada en esta enfermería de hombres, y sala de don Enrique Suender.

Hasta el momento de la intervención observé detenidamente al enfermito, y comprobé normalidad en las funciones digestivas, ligera susceptibilidad dolorosa á la presión por todo el vientre, aunque más en el lado derecho, y precisamente sobre el punto de Mac Burney; ninguna tumoración manifiesta claramente, pero sí algo, poco determinado, que dejaba dudas en el espíritu, como de engrosamientos semiduros, semiblandos y adenopatías inguinales.

Por el ombligo, practicando presiones concéntricas, se hacía fluir una gotita de pus; á veces, y únicamente en la gasa con que se le cubría cada veinticuatro horas, se apreciaba mancha de olor y color de heces fecales, y algún día pequeñas porciones de alimentos no digeridos (un día carne, como dos milímetros cúbicos, y otro día un pequeñísimo y abarquillado trozo de pericarpio de leguminosas).

Era indudable, por cuanto antecede, que tras de un compromiso entérico primitivo y nuevamente repetido, hubo una perforación que, más ó menos mediatamente, comunicaba con el ombligo, fistulado al exterior; y aunque *la moda*, por algunos datos de referencia, me indujese á pensar en una *apendicitis* con propagación al ciego, que pudo perforarse, como los datos de apendicitis no son los del primer ataque, sino los de los segundo y tercero que sufrió el enfermo, de ahí que no pudiera decidirme por *la moda*, y me limitase á conceptuar perforación intestinal y comunicación espontánea al exterior mediante el epiplon por el ombligo, decidiendo en consecuencia la operación, principiando por éste y siguiendo por donde el trayecto fistuloso me guiase.

El día 30 último llevé al enfermo á la sala de operaciones; en previsión de una intervención laboriosa, bañado y purgado el dia

anterior, le suministré una inyección subcutánea de suero antiestreptocócico polivalente de 20 c. c., y hecha la posible asepsia de la región, anestesiado el paciente por el Dr. Fuentes, y sirviéndome de ayudantes los Dres. Pallarés y Crespo, procedí de este modo:

Por una incisión circular de la piel aislé la abertura fistulosa del ombligo; disecado éste superficialmente, lo cogí con una pinza, ocluyéndole; nuevamente entonces desinfecté la región, y seguidamente, con cuidado, hice laparotomía meso-gástrica, siguiendo la línea alba como unos cinco centímetros por encima y debajo del órgano prendido; al aparecer la serosa, que seccioné por la comisura inferior, exploré tactando con el dedo y aprecié que el epiplon mayor estaba adherido á la serosa parietal por la periferia y el ombligo mismo; hendí el epiplon, y prosiguiendo á su través la investigación digital, pude apreciar que de su adherencia con el ombligo partían como dos gruesos cordones, uno á la derecha y otro á la izquierda, el primero que fijaba una porción de intestino grueso, y el segundo cordón que, fijo á la pared del vientre, se ensanchaba y desvanecía; pretendí entonces disecar estos cordones, principiando por el izquierdo, que corté de través, apareciendo una cavidad tubular que cerré con pinzas, y abierta decididamente entonces la cavidad abdominal, despegué el cordón umbílico-epiploico del lado derecho, con el cual apareció adherido el colon transverso; seccioné esta adherencia entre dos pinzas, suturé lateralmente el colon, que creí origen de todo, y cuando, pareciéndome estar á término de intervención, traté de atraer al interior el resto del cordón tubular con el ombligo juntamente (para lo que tuve que cortar de través en parte el músculo recto), encontré su término soldado al ciego con su flamante apéndice, que le seguían en su viaje al exterior. Tanto el ciego como el apéndice tenían apariencia normal, pero el ganglio meso-apendicular eataba engrosado como una almendra; en consecuencia, extirpé ganglio y apéndice, liberé del ciego entre pinzas el cordón tubular en una pieza con el ombligo, y suturada la perforación del ciego lateralmente, y convencido de que el resto del cordón izquierdo, por su expansión y no fijación con órgano alguno del abdomen, podía considerarse como un divertículo fistuloso del principal extirpado y, por consiguiente, sin vida propia para lo sucesivo, procedí á la sutura laparotómica, que hice, como suelo siempre ahora, en tres planos, con catgut la serosa y la piel, y con hilo de plata la aponeurótica, á puntos pasados, que dejé perdidos; dejando, sin embargo, en comunicación con el interior, por medio de una mecha de gasa, la cavidad tubular, que fué expansión de la fístula operada.

La marcha post-operatoria no ha podido ser más satisfactoria, á pesar de la laboriosa operación sufrida, que duró hora y tres cuar-

tos; el enfermo reaccionó bien y fácilmente, no ha tenido fiebre; desde el siguiente día toleró primero la leche y luego en días sucesivos más alimentos, hasta normalizarse su régimen.

La herida laparotómica está cicatrizada, y sólo resta por hacerlo el punto por donde coloqué el desagüe referido, que en las primeras curas dió algún exudado purulento, y, como ven ustedes, hoy ya no da ninguno, y han pasado doce días desde el en que se operó.

IMPRESIONES CLÍNICAS

Por A. Martínez Angel

ISAGOGE

Lector amable: te ofrezco en estas páginas algo de lo que he visto ó creído ver, que para el caso viene á ser lo mismo, durante mi práctica médica, desde que empecé á estudiar enfermos y enfermedades, hasta hoy día de la fecha.

Digo que para el caso viene á ser lo mismo ver ó creer haber visto, por ser menguado el empeño que solemos poner en la defensa de nuestras opiniones, ya que el tiempo se encarga de volver lo negro blanco y lo blanco negro. Lo que hoy nos parece una realidad mañana es ilusión, y lo que hoy parece delirio conviértese mañana en una verdad de tomo y lomo.

No quisiera yo recuperar más tiempo de mi vida que aquel que malgasté en darles vueltas y en defender cosas que entonces tenía por grandes verdades, y hoy me parecen majaderías de á folio.

¡Qué le hemos de hacer, si el hombre está condenado á continuo palimpsesto de ideas!

No hay cosa que me llene de asombro como la contemplación de esos hombres inconmovibles en sus opiniones; verdaderos Tancredos de la mentalidad, nada los perturba ni sobresalta; con su cerebro impresionado como el cilindro de un gramófono, ya no tiene de por vida otra cosa que hacer sino repetir siempre la misma tocata.

Con esta introducción tan poco animosa, pasa si gustas á leer estas que yo llamo impresiones clínicas; que si te causaran risa por su insensatez, no tendré por ello enojo, pues quizá mañana yo mismo me ría de ellas más que tú.

I

Uno de los peligros que amenazan al niño sometido á tratamiento de una tuberculosis óseo-articular, tengo por indudable que es el de las retropulsiones viscerales, y en especial la meningítica.

Digo sometido á tratamiento, porque ni de observación propia ni por lectura conozco de caso alguno de esta especie en el cual se hayan presentado los fenómenos meníngeos en medio de una aterapia absoluta del afecto ósteo-articular.

Y la razón es obvia: el único que puede dar fe de semejante suceso es, indudablemente, un médico; y es por extremo difícil, por no decir imposible, que ninguno de éstos asista á un enfermo sin tratar su enfermedad. Mejor ó peor, por un sistema ó por otro, á tuertas ó á derechas, causal ó sintomáticamente, algo ha de hacer para curar, paliar ó aliviar la dolencia si no quiere que la familia le plante en la calle.

La medicina espectante lo es hasta cierto punto y grado no más; en absoluto no existe ni debe existir, por no ser caritativo ni honrado cruzarse de brazos ante los dolores y los sufrimientos del prójimo. No lo es en aquellas enfermedades en que nada ó casi nada cabe hacer; con más razón en estas de las articulaciones y huesos, en las cuales la intervención activa del médico-cirujano puede ser, y es, de gran eficacia en la mayoría de los casos.

Mas es lo cierto que tan sólo procediendo el médico como simple espectador, sin intervención alguna, podría resolverse el litigio de si las retropulsiones viscerales en los procesos tuberculosos periféricos eran un hecho espontáneo de la función patológica ó una consecuencia más ó menos directa del tratamiento.

Digo esto á propósito de que todos hemos observado, y no ha sido este el menor motivo de la reacción contra las intervenciones cruentas en las tuberculosis óseo-articulares, la aparición de procesos tuberculosos en las vísceras, sobre todo en la contenida en la caja craneal, tratándose de niños, como consecuencia, á lo menos como tal se ha tomado, de dichas intervenciones.

La explicación más aceptada de este desagradable fenómeno, repetido, por desgracia, con alguna frecuencia, bien la conoces, lector: abiertas ampliamente con el bisturí las vías linfáticas, aquellos productos tuberculosos, que enquistados y secuestrados por la naturaleza en el foco ósteo-articular tenían difícil acceso al torrente circulatorio, hállanlo fácil, y con rapidez se difunden entonces por todo el organismo, implantándose y evolucionando allí donde encuentran un órgano predispuesto, ya por una mayor funcionalidad, ya por una mayor actividad, fisiológica, patológica ó circulatoria, ya por otra cualquiera circunstancia favorable á la vida del germen tuberculoso.

Guiados por esta dialéctica, muchos cirujanos, no tan sólo son tímidos en extremo para decidirse á las grandes intervenciones ósteo-articulares, sino que hasta en presencia de los abscesos osifluentes no los tocan, ó si se atreven á hacerlo es empleando el termo-caute-

rio para abrirlos, ó lo que hoy está más en boga: buscan su curación punzándolos, aspirando su contenido é inyectando luego alguna sustancia medicamentosa.

De sobra conoces, lector, cúyo es el origen de muchas deformidades del cuerpo humano á que es preciso buscar remedio, unas veces por imperio de la estética, otras por indicación vital, como sucede en muchas cifosis; ya de un modo cruento, ya de un modo incruento por medio de manipulaciones más ó menos suaves. Y aun cuando los cirujanos han procurado intervenir en casos tales con mucha parsimonia, y pasado un lapso de tiempo muy largo, de años, desde la última manifestación fímica de la parte, la reproducción del proceso *in situ* y su aparición á distancia no ha dejado de ofrecerse con aterradora frecuencia.

Indudable es que la explicación del fenómeno es aquí la misma que cuando se trata de ósteo-artrotomías extirpadoras, puesto que, aun en las intervenciones incruentas, ábrense amplias y nuevas vías linfáticas de absorción. Que tanto monta á este fin cortar como desgarrar las partes que, por su retracción ó contractura, opónense á la finalidad ortopédica.

Pero es el caso que, en algunos casos de ósteo-artropatías tuberculosas, sobre todo infantiles, sin intervenciones cruentas, sin violencias que dieran lugar á desgarros de vías absorbentes, sino con simples inmovilizaciones, ya con el fin de aliviar los intensos dolores de una coxalgia, ya con el de evitar una luxación de las llamadas patológicas de la cadera, ya con el propósito de detener el avance de una cifosis, ocurre que, una vez dominado el proceso inflamatorio, por ese mecanismo de sustracción del elemento irritativo funcional, tan mal explicado como bien conocido en sus beneficiosos efectos, cuando ya todo es bienandanza y motivo de regocijo en lo que al estado local se refiere, aparecen de un modo súbito los fenómenos meníngeos, unas veces con un pródromo de meningismo más ó menos largo, otras sin él.

Malamente se explica en este caso el fenómeno metastático por la teoría de las reinoculaciones, pues ni por incisión ni por desgarro hanse abierto nuevas y amplias vías absorbentes.

Gusto poco de hacer teorías, sobre todo cuando no puedo cimentarlas sobre un firme experimental bien consistente, por tener á toda hipótesis que no llena este requisito por obra de imaginación, y como tal muy deleznable y sujeta á error. Pero en esto de las teorías, como en lo de las supersticiones, soy de opinión de crearlas y mantenerlas, no como cosa definitiva é intangible, sino á modo de anunciadora de palizada ó talanquera, que decora y hace su papel mientras la obra arquitectónica que oculta no está terminada.

Por esta razón me atrevo á decirte, lector, que quizás sea éste un fenómeno de chimiotaxia negativa de los bacilos fímicos.

En favor de este modo de pensar hay algunas hechos, que si no son apodícticos pudieran llegar á serlo con el tiempo y una observación más atenta, como son: el que todo estímulo funcional de una parte parece que atrae al germen patógeno de la tuberculosis; el que todo reposo y dieta funcional de la misma, si no cura el proceso patológico, al menos favorece su curación y detiene su desarrollo.

¿Será lo primero una acción chemiotáctica positiva, y lo segundo una acción chemiotáctica negativa?

Si así fuere, cuando emprendemos el tratamiento puramente local, por medio de la inmovilidad, verbigracia, de una coxalgia tuberculosa, y ésta se cura ó alivia, desapareciendo los dolores, el derrame, las contracturas reflejas; en una palabra, borrándose ó atenuándose todo su cuadro sintomático, lo que produciríamos con el medio terapéutico sería un trofotropismo negativo, quitándoles á los bacilos lo que pudiera llamarse la querencia, empleando un término taurino, á la articulación, pero dejándolos errar por el torrente circulatorio, hasta que encuentran otro cubil de refugio donde desarrollarse y evolucionar, bien sea este cubil el peritoneo, bien sea el aparato respiratorio, bien sea la envoltura cerebral; allí donde encuentran un estímulo favorecedor de su chemiotaxis positiva, y dando lugar á una peritonitis, á una bronco-neumonía ó á una meningitis fímicas.

Repito que esta hipótesis ó lo que fuere, aunque criada á mis pechos intelectuales é hija de mi escaso ingenio, si no es que ya la dió á luz sin yo saberlo algún sabio, y por ende resulto coadjutor de padre, téngola por de no muy recia complexión, antes bien, por encanijada y de poca medula. Y si á pesar de todo la saqué á la luz del día, fué por no encontrar otra que me explicara un fenómeno, el cual se repite, por desgracia, con tal frecuencia, que sin ser tanta que haga desesperar del tratamiento local de la tuberculosis quirúrgica, en gracia de los beneficios indiscutibles que éste proporciona al enfermo, son lo suficiente para que el cirujano se ponga en guardia contra él, así desde el punto de vista del pronóstico como desde el del tratamiento.

Claro está que por temor á una meningitis ó á una peritonitis tuberculosas no se va á dejar cojos, ó jorobados, ó que se mueran de absorciones purulentas á estos enfermos; pero sobre ser muy reservado en cuanto al pronóstico, debe el especialista de estas cosas tener muy en cuenta que no trata órganos enfermos de *tuberculosis*, sino órganos enfermos *en tuberculosos*, lo cual varía considerablemente. Y en lo que á la meningitis se refiere, enemigo el más frecuente siempre que se trata de tuberculosis ósteo-articular infantil, es preciso

combatir por todos los medios imaginables esa precocidad, esa tendencia al discreteo y al entrometimiento en las conversaciones de los mayores, que tienen, por lo común, los niños fímicos, sobre todo aquellos que por el sitio de su padecimiento han de guardar largo reposo, y por consiguiente verse imposibilitados de compensar con el movimiento el exceso de trabajo y actividad circulatoria cerebral.

Tales niños suelen ser pequeños filósofos, cosa que hace mucha gracia, y la explotan en provecho de su vanidad los padres, y como distracción y pasatiempo los que no lo son, tomándolos, con achaque de afectuosidad y aprecio, por monote y medio de pasar el rato.

Hay que observar que casi todos ellos son nerviosillos, rechinan los dientes, gritan y hablan alto durante el sueño, suelen tener las pupilas algo dilatadas y de torpe reacción á la luz. Dicen los padres de estas criaturas cuando refieren al médico estos fenómenos, que su niño debe de tener lombrices, sobre todo por lo del rechinar de dientes. Contra lombrices que no se ven en el excremento hay que ponerse muy en guardia, pues suelen sor bocetos y borradores de meningismo, que, como sabes, lector, no es otra cosa en muchas ocasiones que el precursor y alcahuete de la tuberculosis meníngea.

A estos enfermitos debe separárselos del contacto con personas mayores, sobre todo mientras éstas hállanse ocupadas en esas cosas que la sociedad llama serias, y que por lo común no son sino majaderías puestas en serio. Hay que evitar que oigan, y menos, como es natural, referirles con pelos y señales relatos trágicos, cuentos de brujas y duendes y otras barbaridades y desatinos por el estilo. No permitirles leer cuando ya saben hacerlo, y conste que en esto también suelen ser muy precoces estas criaturitas (yo he conocido más de una que aprendió sola), más libros, ya que es preciso dejarlos leer, por no haber nada tan trabajador como una imaginación ociosa, que aquellos que se distinguen por su bobería é insulsez: los de devoción, por ejemplo, siempre y cuando no hablen del infierno y sus habitantes; los de viajes, sin falsas y terroríficas aventuras, cosa por demás difícil de hallar, si bien hay algunos, aunque pocos, tan pocos como relatos de cazador sin mentiras; y libros de matemáticas, si á ellas tuviere afición, por ser éstos los que menos hacen cavilar, contra la opinión general, por la sencilla razón de que como todo lo dan hecho, si están bien escritos, no hay sino seguir el hilo del discurso matemático al correr de la vista, sin tener que adivinar, conjeturar y devanarse los sesos. Ciencia que todo lo razona en serie perfecta, sin lagunas y sin aquello de pienso, creo, supongo y me parece, es la más fácil de aprender; no hay que tener para ello más que sentido común y ojos en la cara.

La música es buen medio de distracción para estos enfermos, siempre y cuando no sea muy sentimental y patética; pues hay que

tener en cuenta que si estos niños son precoces en el discurrir, no lo son menos en el sentir y emocionarse.

Los animalitos constituyen buena sociedad para ellos, pues les enseñan á vivir al día, sin pretérito ni futuro, dos terribles atormentadores del hombre, por lo que tanto le hacen cavilar, discurrir y padecer inútilmente; pues el primero hizo lo suyo y ya no puede enmendarse, y el segundo quizás no tenga efectividad de presente; y discurrir sobre una cosa que puede ser ó no ser es tan necio como hacer proyectos con el premio gordo de la lotería.

En una palabra, que á los tales enfermitos es conveniente embrutecerlos á todo trance, combatiendo una mentalidad y sensibilidad exageradas que, sin poder explicarse de un modo satisfactorio, al menos yo no me lo he explicado ni he leído nada que respecto al particular me satisfaga, van asociadas casi siempre á la fimia óseo-articular, sobre todo en ciertas regiones del esqueleto, y predispone extraordinariamente al meningismo y á la meningitis tuberculosa.

II

Voy á ocuparme en algunas de las muchas causas que hay de acortamiento de un miembro inferior por lesión de la cadera.

Ante todo diré cómo, á mi parecer, debieran dividirse estos acortamientos en permanentes y no permanentes.

Caracterízanse los primeros por su inmutabilidad, esté el paciente en pie, esté en posición horizontal; hágasele tracción de la pierna acortada, no se le haga; mientras las espinas ilíacas ántero-superiores guarden la horizontalidad, el desnivel entre el maléolo interno de un pie y el del otro persisten en el mismo grado y medida. Caracterízanse los segundos, en cambio, en que hay circunstancias en que este desnivel desaparece, unas veces por simple posición horizontal del paciente, otras por posición horizontal acompañada de una tracción más ó menos intensa del miembro acortado.

ACORTAMIENTOS POR APLASTADURA DEL CUELLO DEL FÉMUR

Es muy frecuente observar en los enfermos coxálgicos que no han pasado el período supuratorio, en los cuales, por consiguiente, no hubo fenómenos destructivos del esqueleto, y á pesar de estar bien tratados desde el punto de vista ortopédico, es decir, que en ellos hanse evitado y combatido con eficacia las deformaciones de posición del fémur con relación á la pelvis, hallar, pasado cierto tiempo, una cortedad, á veces de uno ó dos centímetros, en el miembro enfermo con relación al sano.

Pertenece esta clase de acortamiento al grupo que yo llamo de

los permanentes; es decir, que ni en la posición horizontal ni mediante la tracción, con tal que ésta vaya acompañada de cierto grado de contraextensión que evite la oblicuidad de la pelvis en declinación hacia el miembro acortado, consíguese poner al mismo nivel uno y otro pie del paciente.

En estos casos, el vértice del trocánter guarda su posición normal con relación á la línea de Rose-Nélaton. Y no hay ni aumento ni disminución, ni en extensión ni en profundidad, del pliegue de la ingle.

Radiografiada la parte inferior de la pelvis, incluso ambas articulaciones coxo-femorales, obsérvase en la imagen que el cuello y la cabeza del fémur en el lado del acortamiento están como atortujados, al modo que estarían si hubiesen sido de una materia más blanda y sufrido una compresión en el sentido longitudinal. La cabeza está aplanada y esquiadiomorfa, como el himene de una seta, y el cuello aparece más corto y más robusto que en el lado normal.

No es un verdadero estado atrófico de la parte, porque cuadriculando la foto-radiografía se ve que el área es la misma que en el otro lado, ganando en diámetro transverso casi todo lo que perdió en el longitudinal, además de que la opacidad es más bien mayor que menor, comparada con la que ofrece la imagen del lado sano.

Todo aquel que esté avezado al estudio de radiografías de coxálgicos distingue con facilidad un fémur atrofiado de otro que no lo está. La delgadez del uno con relación al otro, la pequeñez de sus partes con relación á las dimensiones normales, de acuerdo con la edad y sexo del individuo que el sano ofrece, así como la mayor translucidez, no dejan lugar á duda respecto á esta clase de alteración nutritiva.

En los casos á que me refiero no hay tal delgadez ni tal disminución en las dimensiones de la totalidad de la porción articular del fémur; únicamente la hay, como dije antes, en la longitud del cuello, pero compensada con una mayor robustez del mismo; y en cuanto á la mayor translucidez, signo en el estado atrófico de una insuficiencia en la sustancia mineral del hueso, hay, por el contrario, una mayor opacidad, como dije antes; la imagen es más oscura á igual exposición y en igualdad de detalles de técnica fotográfica.

Mucho me equivocaré si algún día no se demuestra que todos estos fenómenos, así la disminución en longitud como la chafadura de cuello y cabeza femorales, son debidos á una compresión exagerada de la extremidad superior de este hueso contra la cavidad cotiloidea, compresión exagerada producida no por otra causa que por la contractura refleja del manguito muscular de la cadera, que, como saben todos, tan importante papel juega en las coxitis.

Tengo un dato para opinar de esta manera, y es el de que jamás

he observado esta clase de deformidad en aquellos casos de coxitis en que, por mal posición del miembro unas veces, por desigualdad en el potencial de los músculos contracturados otras, en mi concepto las más de ellas, hase escapado pronto la cabeza del fémur del engarce que la cavidad cotiloídea le forma.

Claro está que esta hipótesis, como todas las mías, adolece de un vicio de origen, vicio ó defecto de procedencia, pero que quizás fuera verdadero, á pesar de no gozar del marchamo alemán, ruso ó inglés, ni siquiera del de uno de nuestros sabios con patente extranjera. Por lo cual yo ruego á los críticos de talanquera y Aristarcos de mogollón que me perdonen la vida y me concedan su olímpico desdén en gracia de lo poco que éste me importa.

De todas suertes, es ésta una deformidad que, aparte el acortamiento nunca exagerado que produce, no da lugar á grandes complicaciones de estática ni de estética, y tiene la ventaja, por el espesamiento y condensación que en el hueso produce, de oponerse á las fracturas llamadas malamente patológicas ó espontáneas del cuello, tan frecuentes y fáciles de producir cuando, por el contrario, hay enrarecimiento de la parte esponjosa del mismo.

ACORTAMIENTO POR DESTRUCCIÓN DEL CUELLO FEMORAL

Muchas veces, cuando se interviene cruentamente en una coxalgia supurada, sobre todo cuando esta supuración ha durado largo tiempo, obsérvase, al abrir la articulación, que no hay cuello de fémur, y tan sólo queda en el fondo de la cavidad cotiloídea, envuelta entre fungosidades y medio destruída por la caries, la cabeza de dicho hueso, sin trabazón alguna con la diáfisis.

Este proceso, que en sí nada de particular tiene, no le traería ahora á colación si no fuera causa á veces de grandes acortamientos en el miembro afecto. Acortamientos cuyo mecanismo no es otro que el bien conocido de las fracturas del cuello femoral cuando son mal tratadas. Con la diferencia entre uno y otro caso de que habiendo en éste casi siempre, aun cuando de mala manera y en falsa posición, ó soldadura ó enclavamiento, la cortedad del miembro es permanente, mientras que en el otro puede reducirse la luxación hacia arriba del fémur con sólo hacer tracción del pie y vencer la retractilidad de los músculos pelvi-trocanterianos, única causa del acortamiento. Claro está que éste reaparece apenas cesa la tracción, siendo, por consiguiente, de los que yo llamo no permanentes.

Esta circunstancia hace que la corrección de la tal deformidad, que, como ya dije antes, á veces es considerable, sea muy dificultosa, no tanto de conseguir en el acto operatorio como de mantener

a posteriori. Unicamente cuando, en virtud de un buen refrescamiento de la porción trocanteriana mayor y de la cara inferior del reborde cotiloídeo, puede obtenerse una anquilosis ósea, puede esperarse que la deformidad no se reproduzca en mayor ó menor grado.

ACORTAMIENTO POR INSUFICIENCIA DE LA CAVIDAD COTILOÍDEA

Sobre la eminencia ósea llamada por los anatómicos ceja cotiloídea, y que forma anfiteatro, en especial por la parte súpero-posterior á la cavidad de este nombre, hállase colocado, contribuyendo á hacerla más profunda y, por consiguiente, á que la cabeza del fémur se encuentre más empotrada en dicha cavidad, el rodete fibro-cartilaginoso, bien conocido de cuantos han estudiado la articulación coxo-femoral, por lo cual no entraré en detalles de descripción que, sobre ser ociosos, serían de un pedantismo barato que repugno.

Este reborde hace de consuno, con el robusto aparato ligamentoso capsular de la referida articulación, que el viaje del fémur hacia arriba sea muy pequeño, si es que existe, como creen algunos autores, dando á aquélla las excelentes condiciones de soporte movible que disfruta en estado normal.

Mas hay circunstancias patológicas en las cuales trastórnanse estas buenas condiciones de estabilidad. Unas veces debido á un estado inflamatorio destructivo, á una caries del reborde óseo y, por consiguiente, á la pérdida de fijación del fibro-cartílago, en forma de coxitis cotiloídea; otras, por un fenómeno de reabsorción de dicho reborde, tan frecuente en los procesos tuberculosos del innominado como de todos los huesos; reabsorción que no hay que confundir con la desaparición por caries en forma de secuestros pequeños y arenillas eliminados por medio de la supuración, sino que la desaparición de una parte mayor ó menor del esqueleto tiene lugar asépticamente, al menos en lo que á pus y proceso purulento se refiere, por medio de un singular autofagismo.

Otras, por retardo en la osificación del reborde cotiloídeo (sabido es que la osificación de esta parte del innominado es siempre extrauterina), la solidez y el relieve de este tope hállanse considerablemente disminuídos, y entonces, bien por la continua tracción de los músculos pelvi-trocanterianos de la fosa ilíaca externa, que tienden á arrastrar el fémur en la dirección de su resultante, es decir, hacia arriba y atrás; bien por el simple peso del tronco, bien por lo que es más frecuente, por ambas causas reunidas, sublúxase este hueso en dicho sentido, dando lugar á un acortamiento á veces muy considerable.

Bien se comprende que en estos casos el vértice del gran trocánter se hallará sobre la línea de Rose-Nélaton, y que la subluxación se reducirá con relativa facilidad, ya por simple tracción hasta conseguir el cansancio de los músculos antes citados, ya por medio de esta tracción ayudada por la relajación clorofórmica, consiguiendo la igualdad ó casi igualdad en la longitud de las extremidades inferiores.

Pero esta corrección no es más que temporal, mientras dura la acción de los medios empleados para conseguirla ó la del aparato colocado para mantenerla. Una vez que recuperan su tonicidad los músculos, que solicitan al fémur hacia arriba y atrás, rehácese la deformidad en su primitiva forma y en igual grado.

En las mal llamadas por unos luxaciones congénitas, por otros espontáneas de la cadera, y que mejor lo serían si se les denominase *bradiexartrosis*, es decir, fraguadas lentamente, hay una dificultad terapéutica, no de reposición del fémur en la cavidad cotiloídea más ó menos rudimentaria, sino de permanencia, de fijación de la cabeza de aquél en ésta, sobre todo una vez que el paciente abandona ó le mandan abandonar el tratamiento, y empieza á cargar verticalmente sobre su articulación, sin aparato contentivo de ninguna clase. Esta dificultad estriba en la borradura ó atrofia de la caja y reborde cotiloídeos que dicha deformidad lleva aparejadas.

Cierto es que Lorenz ha procurado remediar esto por medio de su tan conocido aparato escayolado para la ambulación. Pero sobre que su pretendido ahonde de la cavidad cotiloídea tiene más de ilusorio que de real, como se desprende de la experiencia y de la más rudimentaria mecánica, hay la circunstancia de que esto no evita el resbale del fémur hacia arriba, desde el momento que deja el miembro de estar en abducción forzada, y los apoyos se trasladan del fondo de aquella cavidad al techo y borde superior de la misma.

De aquí proviene que casi todas las reducciones de esta especie de deformidades, al poco tiempo de ambulación y gravitación normales, se conviertan en semirreducciones ó trasposiciones.

No quiere esto decir que yo sea declaradamente y á todo trance enemigo y detractor de la llamada por antonomasia operación de Lorenz; creo que ésta tiene su aplicación, pero dentro de un campo más restringido del que hoy por hoy se le da, y tengo por más eficaces, en la generalidad de los casos, y de resultados mediatos funcionales más perfectos, que son los que importan el paciente y su familia, no los inmediatos, de anfiteatro y de radiografía, á los métodos cruentos.

Cuando tenga tiempo y ganas de ello, he de hacer un estudio al-

go detenido acerca de los diversos tratamientos y de sus indicaciones con arreglo á las diferentes causas y modalidades de las bradiexartrosis de la cadera. Por ahora, básteme decir que en éstas por insuficiencia de la cavidad cotiloídea, por borradura ó atrofia de su ceja, la retenida del fémur en su sitio normal no se consigue por otro medio que por el de la artrodesis, siempre y cuando la desigualdad de longitud de las extremidades, sobre todo en el momento de carga, sea lo bastante para justificar una intervención quirúrgica que, si es de poca gravedad, no está exenta de peligro, como todas ellas, por insignificantes que sean.

La artrodesis ó artrocolesis, que de ambas maneras puede y suele denominarse, da á la larga excelentes resultados funcionales cuando se consigue, como ocurre en todos los casos, una buena adaptación supletoria de las otras articulaciones, sobre todo de las sacrolumbar é interlumbares. La progresión resulta mucho más fisiológica de lo que el lector pudiera figurarse ante la idea de una anquilosis en articulación tan importante como la de la cadera.

Cuando la cortedad del miembro es pequeña, debe el cirujano, si el paciente es de corta edad, mantener la nutrición de las partes por medio del amasamiento y la gimnasia pasiva, y esperar á que pueda emprenderse con mediano fruto siquiera el trabajo de reeducación de las actitudes y los movimientos; medio terapéutico del que pienso tratar en otro artículo por la gran importancia que indudablemente tiene para el tratamiento de esta deformidad como de tantas otras.

III

Hay focos tuberculosos de los huesos de marcha muy insidiosa, muy lenta y con grandes intermitencias en su desarrollo.

No creo que ésta sea una modalidad ó manera de ser especial de dichos focos, sino más bien una particularidad de los individuos que los tienen.

El carácter más ó menos rápidamente difusivo en las infecciones muchas veces procede de la intensidad de ésta; pero yo creo que en la mayoría de los casos procede de una menor ó mayor resistencia del organismo al elemento infectante.

Sea lo que fuere, lo cierto es que todo aquel que haya operado muchos huesos tuberculosos habrá observado: unas veces, en lesiones de corta fecha de existencia, grandes y extensas destrucciones caseosas; y en cambio otras, pequeñísimos focos muy circunscritos en enfermos que llevaban años y años de padecimiento.

También es de notar el que hay tuberculosos de huesos y articulaciones que rápidamente y sin interrupción recorren todas las etapas del proceso, si el médico y el cirujano no atajan á éste con los

medios terapéuticos apropiados; mientras que hay otros que, después de su período de alguna agudeza, parece como si dicho proceso se adormeciera y quedase latente sin dar señales de vida, para reaparecer luego, después de un lapso de tiempo bonancible más ó menos largo; y así, con alternativas de malandanza ó enfermedad y de bienandanza ó aparente estado fisiológico, pasan su vida los enfermos, quienes llegan, en ocasiones, á contar luengos años de existencia, si un ataque de éstos más violento no les coloca en trance de muerte ó por lo menos en necesidad imperiosa de ser operados.

Esta forma de tuberculosis ósea, cuando radica en el cuello del fémur, suele dar lugar á sorpresas muy desagradables.

No necesito decir al lector, porque de puro sabido lo tendrá olvidado, que las cavernas del cuello del fémur dan lugar á una coxalgia. Ahora bien: cuando dichas cavernas ó nidos tuberculosos son de la forma lenta é intermitente de evolución á que me refería más arriba, la coxalgia sintomática suele ser tratada pésimamente, mejor dicho, suele no ser tratada; no, claro está, por ineptitud del médico ó cirujano, sino por abandono y desidia del enfermo ó sus allegados.

Pues bien: las sorpresas á que antes me refería y que suelen presentar estos pacientes, son las fracturas espontáneas del cuello femoral, al parecer inexplicables y sin motivo.

A este propósito recordaré un caso muy instructivo, del cual tuve noticias hace algunos años en el dispensario de ósteo-artropatías del Instituto Rubio.

Tratábase de una niña de ocho años, á quien, con motivo de una coxalgia de origen epifisario femoral, se había sometido en dicho dispensario al plan curativo que es de rigor en tales casos, durante el tiempo conveniente, y hasta tanto que de un modo racional pudo considerarse curada.

Entonces no disponíamos los cirujanos del poderoso medio de la radiografía, tan útil para diagnosticar las localizaciones tuberculosas como para definir una curación del mismo con una relativa certidumbre, del que hoy disfrutamos.

Y entre paréntesis: creo que los compañeros de dispensario que entonces hallábanse á mi lado no se molestarán por lo que voy á referir; mas tengan en cuenta, si así fuere, que lo sentiré por ellos, sin que su enojo influya lo más mínimo en mí para cambiar de parecer. Siempre me ha parecido ridícula la conducta de esos *escribidores* de casos de medicina que cuando hacen el relato de historias clínicas, todas las sergas y proezas atribúyenselas á sí mismos, y el más pequeño contratiempo, aunque no demuestre impericia de su parte, pónenlo á la cuenta de otro; eso sí, con la hipócrita y aranera muletilla de «en la clínica de un ilustre compañero ocurrióle

al enfermo tal y tal cosa...», y aquí viene el relato del desaguisado Que no parece sino que Dios les concedió el dón de la infalibilidad.

Prosiguiendo el hilo del cuento, mejor dicho, sucedido, diré que dimos de alta á la enfermita; eso sí, advirtiendo á la familia que la vigilara mucho, y no la dejara hacer diabluras ni dar saltos ni carreras; y que al menor síntoma de reproducción de la enfermedad, trajéranla en seguida al dispensario.

Pasó mucho tiempo, más de un año, quizás más de dos, y una mañana apareció de nuevo la criatura acompañada de su madre. que nos refirió cómo hallándose su hija sana y contenta, sin dolores de ninguna especie y sin cojera; un día, saltando á la comba en el Retiro, sintió un dolor vivísimo en la cadera, que le hizo caer.

Tuvieron que llevarla en un coche á su casa; metiéronla en la cama y llamaron á su médico, que lo era de sociedad, como llaman, por una forma de sinécdoque muy corriente, á esos infelices jornaleros de la medicina á quienes por una mísera soldada se les exige un ímprobo trabajo en calidad y en cantidad.

Contáronle el caso y sus antecedentes; mandó reposo y unas untaduras á la enferma, y cuando pasados veinte ó veinticinco días los dolores calmaron y la niña pudo levantarse de la cama, llevárónla los padres al dispensario del Instituto Rubio.

Entonces pude apreciar, en unión de otros compañeros, las consecuencias de una fractura espontánea del cuello del fémur, indudablemente debida á algún foco tuberculoso enquistado en el cuello del mismo, que había debilitado y quitado resistencia á la parte, hasta el punto de dar lugar, con tan pequeña causa mecánica, á la fractura antes mencionada.

Esta clase de fracturas son muy difíciles de evitar, pues aunque lo frecuente de la localización tuberculosa de la cadera en el cuello del fémur es causa de que el cirujano las tema y prevea, su relativa rareza (yo no he visto en toda mi práctica más que dos casos) por una parte, y los inconvenientes que se siguen á una dieta de función del miembro abdominal correspondiente por largo tiempo mantenida, por otra, hacen que el cirujano, una vez desaparecidos los fenómenos coxálgicos, no se ocupe en otra cosa que en restablecer el poder funcional de la parte.

Otra conducta sería pasarse de listo en la mayoría de los casos. Pues hay que tener en cuenta que el tratamiento de la coxalgia es eminentemente atrofiante, no tan sólo de los músculos, sino del esqueleto y sus articulaciones; que el restablecimiento *imperfecto* de la función cuesta más tiempo y más trabajo luego que el de la misma enfermedad, y que todos estos riesgos ciertos y evidentes no deben hacerse correr á un enfermo por el temor presunto á una fractura de esta clase.

De todas suertes, aun cuando hoy la radiografía nos puede ilustrar bastante en cuanto á la extensión y solidez de un foco tuberculoso del cuello femoral, no puede nunca un cirujano decir de un modo cierto é indubitado cuándo un nido tuberculoso del hueso está sano é incapaz, por consiguiente, de evolucionar y ensancharse, sobre todo en los de marcha intermitente. Ni aun en el caso de estar curado y el médico cirujano convencido de ello; como esta curación se verifica, en la mayoría de los casos, rellenándose el hueso por tejido fibroso, si bien la osteítis condensante periférica propia de la inflamación reparadora suele compensar la debilitación que la pérdida de substancia mineral hubo de producir, jamás podrá aquél estar tranquilo en cuanto á la solidez del puntal, sobre todo si tiene en cuenta que éste ha de soportar el peso de un cuerpo, si bien liviano, muy movible y diabólico como lo es el del niño.

Es éste, pues, uno de tantos casos en los cuales el problema científico tiene que resolverse teúrgicamente.

LOS EFLUVIOS Y CHISPAS DE ALTA FRECUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES MALIGNOS

Por el Dr. J. A. Rivière
De París (1).

Hoy ya los más eminentes cirujanos van reconociendo como de una eficacia indiscutible los recursos fisicoterápicos empleados en el tratamiento de los tumores malignos, confirmando lo que ya nosotros habíamos anunciado en los años 1900 y 1903.

A pesar de las indecisiones terapéuticas actuales; á pesar de las teorías fatalistas de la reproducción necesaria de los tumores malignos, nosotros estimamos que las curaciones (demasiado numerosas) y la multitud de casos de mejoración en los períodos más avanzados por el empleo de los medios fisicoterápicos, nos deben hacer mirar como una negligencia culpable el no acudir á estos agentes modificadores locales y generales por excelencia, tanto más cuanto puede decirse que son inofensivos, ó que no ofrecen peligro manejados por una persona perita.

A este propósito tenemos la satisfacción de aportar á este Congreso una contribución útil, resumiendo nuestras observaciones de diez años, de una manera sucesiva y de modo que dé idea de nuestra experiencia clínica.

Entre los agentes fisioterápicos cuya acción es más característi-

(1) Congreso Francés de Medicina. París, 14-16 de Octubre de 1907.

ca contra los neoplasmas, figuran en primera línea los efluvios y chispas de alta tensión y alta frecuencia.

Su actividad es fácil de reglar, según los casos. Yo empleo de preferencia los largos efluvios y chispas bipolares cuando se trata de actuar sobre los tumores profundos, reservando las aplicaciones monopolares para los epiteliomas. Nuestros primeros éxitos por estos procedimientos los expusimos ya al Congreso Internacional de Electrología y Radiología, celebrado en París en Julio de 1900; y posteriormente, en 1903, hemos hecho una comunicación á la Academia de Medicina, con numerosas observaciones y presentación de buen número de enfermos.

En esta comunicación, en la que el diagnóstico de los casos estaba confirmado por el examen histológico, habíamos expuesto los primeros lo que más tarde ha sido ya confirmado. A saber:

Que los efluvios y las chispas de alta frecuencia curan los tumores malignos superficiales y profundos.

Que destruyen las masas neoplásicas y respetan los tejidos sanos.

Que su acción sobre los tumores linfoides es de las más características.

Que deben ser los rayos Roentgen aplicados después de las operaciones, para prevenir las recidivas de los tumores malignos.

Que la fisioterapia es el único recurso en los casos de tumores inoperables.

Que las dosis de rayos X deben ser masivas, sin alterar los tegumentos.

Que la radiodermitis parece algunas veces activar y favorecer la curación.

Que es indispensable procurar la eliminación de las partes necrosadas, haciéndolas volver á la circulación general.

Que las células neoplásicas no benefician las fuerzas sinérgicas de las células sanas regidas por el sistema nervioso.

Que es siempre necesario ocuparse del estado general al mismo tiempo que del estado local.

Que en presencia de una enfermedad que provoca tantos trastornos y tan tenaz como el cáncer, es necesario saber proporcionar un aumento de resistencia orgánica poniendo juiciosamente en práctica todos los medios del arsenal fisioterápico.

Después de esta época, sin abandonar el empleo de los rayos X, y fiel á nuestras convicciones, hemos empleado, en primer lugar, los efluvios y chispas de alta frecuencia, aun cuando consideremos indispensable la combinación de diferentes medios fisioterápicos para obtener la curación.

Este tratamiento, así considerado, lo hemos empleado en enfer-

mos desahuciados, consiguiendo la sedación del dolor, la resolución de las tumores, el mejoramiento de los estados discrásicos y la regulación del equilibrio nutritivo.

Entre la chispa y el efluvio no existe realmente más que una diferencia en el grado de concentración de la energía de alta frecuencia.

El efluvio es una chispa dividida en una lluvia de pequeñas chispas, más ó menos finas, emitidas por un electrodo erizado de puntas, en tanto que la chispa parte de un solo punto.

Los efluvios y las chispas pueden, gracias á los aparatos perfeccionados, ser cortas ó largas, claras ó nutridas, finas ó densas.

Las chispas cortas, calientes, muy nutridas son las que ejercen una acción termo-electro-química, de la cual he hablado en 1900, y son las que destruyen las masas neoplásicas de la periferia al centro. Las que proceden del pequeño solenoide ó de la corriente primaria del resonador son dolorosas.

Las chispas largas y los largos efluvios actúan por percusión profundamente. Su acción á distancia es necesaria para desorganizar las células profundas neoplásicas. Las chispas cortas que son tomadas del pequeño solenoide actúan, sobre todo, por su amperaje. Los largos efluvios ó chispas recogidas sobre la corriente secundaria del resonador actúan sobre todo por su voltaje, que puede llegar á 300.000 voltios ó 600 watts.

La fuerza de los transformadores, la capacidad de los condensadores, la longitud y el diámetro de los hilos conductores, son los factores que intervienen para modificar las condiciones de las chispas y de los efluvios.

El origen de los cánceres reside, según creemos, en una insuficiencia directora del sistema nervioso para un territorio determinado de la economía. En este territorio aparecen células desorientadas, anárquicas, mal nutridas, que ofrecen una débil resistencia á los efluvios eléctricos, los cuales eliminan el neoplasma, restableciendo paralelamente la corriente nerviosa y la acción fisiológica de las neuronas.

La célula del cáncer es una célula joven ó de tejido embrionario que contiene una gran reserva de potencial evolutivo. Hallion supone que se trata de una fecundación anormal que produce una regeneración celular excesiva, y no es un tejido atípico de origen embrionario, como suponen otros.

Esta teoría kariogámica explica la renovación celular por conjugación ó copulación de los núcleos fecundantes. Esta teoría explica los esfuerzos mal dirigidos ó desplazados de una especie celular por regenerarse de una manera autónoma ó libre. Por esta razón, la célula neoplásica es muy débil en su resistencia, y se conduce á la

manera que lo haría un esperma patológico que estimulara la producción celular.

La ingeniosa teoría karioquinética (sostenida por Maupas, Fabre-Domerge y Hallion) nos explica la rareza del cáncer en las edades avanzadas, y el papel etiológico que frecuentemente juega el traumatismo, y, sobre todo, la irritación repetida en la producción de los tumores malignos por trastornar la nutrición elemental, produciendo una alimentación imperfecta de los elementos que, según Maupas, favorece la conjugación celular en los infusorios.

CONCLUSIONES

1.ª Las corrientes de alta frecuencia bajo la forma de efluvios ó de chispas mono ó bipolares ejercen una acción modificativa profunda sobre los neoplasmas.

Esta acción la venimos observando hace diez años, como ya comunicamos al Congreso de Electrología y Radiografía de París en Julio de 1900, y posteriormente á la Academia de Medicina en 1903.

2.ª Es necesario no emplear exclusivamente contra los neoplasmas un solo procedimiento, sino, según los casos, debemos combinar los diferentes agentes, rayos Roentgen, chispas y efluvios estáticos, radium, rayos ultravioletas, ionización, electrolisis, etc., para destruir las masas neoplásicas, restablecer la acción de las neuronas, mejorar el estado discrásico ó caquéctico, eliminando las partículas neoplásicas destruídas y movilizadas en el torrente circulatorio.

3.ª El poder de los grandes efluvios bipolares ó de las chispas de alta frecuencia es más penetrante y eficaz en el tratamiento de los tumores profundos.

4.ª La teoría kariogámica de Hallion (anarquía de las células y fecundación de los elementos embriogénicos) es la que mejor explica por qué nuestro tratamiento respeta siempre la vitalidad de los tejidos sanos y posee una especie de afinidad electiva por los elementos débiles del neoplasma.

5.ª La fisioterapia está indicada: al principio de los tumores malignos, en las recidivas y en los tumores considerados inoperables.

6.ª Como ya hicimos constar en 1900 y en 1903, los grandes tumores deben ser extirpados con el bisturí, y después tratada la región por los medios expuestos, á fin de prevenir y curar las recidivas.

7.ª Las efluviaciones ó la proyección de las chispas deben seguir á toda intervención quirúrgica en los tumores malignos.

8.ª Con el fin de prevenir las recidivas después de la cicatrización, nos parece buena práctica la aplicación de los efluvios perió-

dicamente, según nos aconseja la experiencia, y esto lo creemos de verdadera necesidad.

9.ª La fisioterapia, que es el método racional en el tratamiento de los tumores malignos, tiene también un poder preventivo.

RESUMEN PRÁCTICO DE ELECTROTERAPIA

GUÍA CLÍNICA DE LOS DIVERSOS PROCEDIMIENTOS DE APLICACIÓN DE LA ELECTRICIDAD

POR EL DR. E. VILCHES
Profesor de Neurología del Instituto Rubio.

I.—Bocio exoftálmico.

Hay que admitir hoy sin vacilaciones de ningún género que el tratamiento por excelencia de la enfermedad de Basedow es el tratamiento eléctrico.

Este no es de época reciente: pero la imperfección de la técnica electroterápica y la falta de orientación de los clínicos respecto á la patogenia y aun á la interpretación de algunos de los síntomas de esta enfermedad, unido á la gran indiferencia de muchos prácticos hacia los procedimientos eléctricos que, sin razones por bandera, han venido preconizando los medios farmacológicos y quirúrgicos como los únicos capaces de combatir con éxito, más ó menos definitivo, este padecimiento, ha sido la causa de que la electroterapia del bocio no haya adquirido hasta el presente la jerarquía que le corresponde. No quiere decir esto que los demás medios terapéuticos sean inútiles en esta enfermedad: hay casos en los que dichos agentes farmacológicos son de gran importancia y hasta de todo punto indispensables, así como también, aunque rara vez, los quirúrgicos; pero como en este lugar sólo hemos de ocuparnos de la electroterapia, dejamos para otra ocasión el puntualizar las indicaciones en los referidos casos, y sólo diremos aquí que la enfermedad de Basedow debe ante todo tratarse por la electricidad. Sólo cuando ésta fracase, ó cuando nos sea dado combatir directamente la causa del padecimiento por sobrado conocida y accesible á la terapéutica, estaremos autorizados para recurrir á otros medios.

Los tratamientos eléctricos de la enfermedad de Basedow se han dividido en generales y locales, así como son á su vez patogénicos ó sintomáticos, según el modo de aplicación que se utilice.

I. TRATAMIENTO GENERAL.—Preconizado por Vigouroux, consiste en el empleo de la franklinización en forma de baño, de una duración de diez á veinte minutos, con soplo sobre las regiones supe-

riores del cuerpo, fricciones sobre los miembros inferiores y hasta chispas si se cree necesario. Este autor divide los basedowianos en dos categorías: los que tienen una nutrición retardada y los que, por el contrario, presentan una actividad excesiva en los cambios orgánicos. En estos últimos no cree conveniente el empleo de la estática, pues este agente sólo puede exagerar más la mala situación del paciente, aumentar la taquicardia, la agitación, etc., así como en los primeros la considera de excelentes resultados.

El mismo Vigouroux advierte ya que esa categoría de enfermos de nutrición lenta constituye una excepción, y por nuestra parte hemos de decir que más que excepción la consideramos casi desprovista de realidad clínica, ó, en todo caso, como una forma mixta que nunca puede justificar por este carácter el empleo de la franklinización, pues ésta, como hemos tenido ocasión de comprobar en la práctica, aumenta la aceleración del pulso, la irritabilidad nerviosa, el insomnio y, por último, activa aún más el metabolismo nutritivo, ya de por sí morbosamente exagerado. Y como, por otra parte, estos resultados no son sino un corolario del concepto que tenemos acerca de la patogenia de la enfermedad de que se trata, no hay que repetir que consideramos, cuando menos, ineficaz por completo su tratamiento por la electricidad estática.

Ciertos autores, como Luzemberger y d'Arman, dan la preferencia en estos casos al baño de alta frecuencia, que en realidad es muy bien soportado por los pacientes y pudiera emplearse sin temor, aunque no lo creemos tampoco de grandes resultados. Otro tanto decimos de la faradización generalizada de Rokwell.

No hace mucho tiempo que Thielle, de Rouen, ha preconizado el baño hidro-eléctrico de corriente sinuosoidal. Introduce al enfermo en una pila llena de agua, en la que se sumergen varios electrodos en comunicación con el origen de la corriente. Al principio este baño es mal soportado por los enfermos; toleran difícilmente una intensidad de 25 á 30 m. a.; experimentan una comezón bastante viva, y al salir del baño la piel aparece salpicada de pequeñas manchas rojizas. Según el autor, la tolerancia se establece poco á poco, y la intensidad puede entonces elevarse hasta 60 y aun 80 m. a. Refiere siete casos tratados por este procedimiento, con muy notables resultados, siendo el alivio muy duradero en algunos de ellos; pero no cita ninguna curación.

Para Gilbert y Delherm, el baño sinuosoidal obra sobre todo facilitando la eliminación de las toxinas segregadas por el cuerpo tiroides. Este es también nuestro parecer, por más que carecemos de la experiencia personal.

II. Tratamiento local.—Este es el verdaderamente interesante y el que con razón merece hoy la preferencia de los prácticos,

teniendo la particularidad de ser explicable su acción terapéutica en más de un concepto patogénico del padecimiento, bien sea admitiendo su origen nervioso ó central, ó bien considerado sola y exclusivamente como una perturbación primitiva del cuerpo tiroides.

A. *Corriente farádica.*—Describiremos como tipo el método de Vigouroux, que está basado en el empleo de la corriente farádica y comprende cuatro tiempos.

1.° *Faradización carotídea.* — Se emplea una bobina de hilo grueso ó mediano, cuyo polo positivo, constituído por un ancho electrodo, se aplica á la parte posterior é inferior del cuello. Un pequeño electrodo olivar, unido al polo negativo, se coloca hacia dentro y delante del esterno-mastoídeo, comprimiendo en esta parte en dirección horizontal hasta que venga á situarse por detrás del hueso hioides. Las intermitencias de la corriente son rápidas, y la duración de un minuto, próximamente, para cada lado. Vigouroux y sus discípulos aseguran que la faradización carotídea disminuye la frecuencia de los latidos arteriales, regulariza la circulación encefálica, provoca una sensación de calma y bienestar y hace desaparecer ó atenúa los temblores, vértigos, etc.

2.° *Faradización de los globos oculares.*—El polo negativo se coloca en el punto motor del orbicular, determinando contracciones de este músculo, á fin de combatir su parálisis, así como la del superciliar. En seguida se electrizan los párpados, teniendo cuidado de salvar los nervios infraorbitarios. Esta manera de proceder va contra la exoftalmía, considerada por Vigouroux como un trastorno de inervación simpática que se traducirá por una vaso-dilatación del plexo retro-bulbar.

3.° *Faradización del bocio.*—Dejando el electrodo cervical en el sitio ya indicado, se coloca el negativo, formado por una pequeña placa, sobre el mismo tumor tiroídeo durante tres ó cuatro minutos, y después sobre los músculos infrahioídeos, con una corriente bastante fuerte para provocar algunas contracciones musculares. De esta manera se ejerce una favorable influencia sobre la secreción interna de la glándula misma, cuyo volumen disminuye.

4.° *Faradización precordial.*—Se aplica el polo negativo sobre el tercer espacio intercostal izquierdo, cerca del esternón. La corriente debe provocar una ligera contracción fibrilar del gran pectoral durante dos á tres minutos. Esta manera de proceder hace disminuir la taquicardia, cuando menos pasajeramente.

Las sesiones pueden ser diarias ó bien cada dos días.

Este método, empleado en Francia desde hace mucho tiempo casi exclusivamente, tiene aún hoy valiosos defensores, entre los que se encuentran el profesor Doumer, MM. Doubois, de Saujon, Renault, Klemperer, Desplats, Veslin, Leroy y otros, todos los cua-

les refieren casos notables de mejorías y aun curaciones más ó menos duraderas. Sobre lo que parece ejercer mayor influencia este procedimiento es sobre el estado general de los enfermos.

Como sucedáneas de la corriente farádica, varios autores se han servido de otras corrientes de estados variables. Así, por ejemplo, Lombroso encomia la corriente sinuosoidal, que ha empleado con éxito en numerosos casos. Zanietowsky, con la descarga de los condensadores dice haber obtenido un resultado notable.

B. *Corriente voltaica.*—Rensak fué el primero que ensayó la corriente galvánica en la enfermedad de Graves. Después Eulenbourg, Dusch, Leube, Benedikt, Hammont, Eischorst, Chowstek y otros publicaron casos en los que la galvanización había evidentemente producido un notable alivio de todos los síntomas de esta enfermedad.

El procedimiento seguido por éstos puede decirse que, con ligeras variaciones, es el mismo para todos, pues las diferencias casi tan sólo se refieren á la finalidad que cada cual persigue en consonancia con sus ideas respecto á la patogenia del mal; así, pues, se aplica la corriente al bulbo, á la medula cervical, sobre el simpático ó sobre el mismo bocio.

Erb recomienda la electrización de la medula cervical por medio de corrientes estables, colocando el catodo en la nuca y el anodo entre los dos omoplatos, después pasea el catodo á lo largo de la columna vertebral. La corriente es de una débil intensidad, y la duración no excede de dos minutos. Para obrar también sobre el bulbo hace pasar en seguida una débil corriente transversal de uno á otro lado de la cabeza, y termina, en fin, por la galvanización del pneumogástrico con una corriente más fuerte.

Bardet y Joffroy, en Francia, son los principales preconizadores de la corriente galvánica, que aplican al simpático cervical y á la parte ántero-lateral del cuello.

Sollier refiere un éxito notable por la galvanización del bocio, así como también otros de Deleage y Regnier.

Crocq emplea ya intensidades más elevadas, llegando hasta 25 m. a., y Libotte se muestra partidario de la galvanización á las altas intensidades de 30 y 50 m. a., las que pueden tolerarse perfectamente cuando las aplicaciones son bien hechas.

El Dr. Galiana, de Madrid, ha publicado un interesante opúsculo, acompañado de fotografías muy demostrativas, con la referencia de varias observaciones en las que se obtuvo un acentuado alivio por la galvanización del bocio.

Después de estos y otros muchísimos trabajos y experiencias, cuya enumeración sería harto enojosa, acerca de la electroterapia del bocio exoftálmico, puede asegurarse hoy que la galvanización

en sus varias formas constituye el tratamiento clásico de la enfermedad. En el Congreso para el progreso de las ciencias, de Montauban, Mr. Mally, ponente del tema *Tratamiento del bocio exoftálmico por la electricidad*, cuyas conclusiones eran favorables á la faradización, vió éstas combatidas victoriosamente por Bordier y Guilloz, que preconizaron la corriente continua, aduciendo infinidad de testimonios de casos muy interesantes curados por la galvanización.

La principal objeción que Vigouroux y sus discípulos hacen á la galvanización es la de que ésta da lugar á la producción de escaras, á los vértigos, y á veces hasta el síncope. Este reparo carece de todo valor, principalmente hoy día en que las prácticas electroterápicas han alcanzado tantos perfeccionamientos y en que para obviar esos peligros se utilizan las grandes placas bien cubiertas y perfectamente fijas, y disponemos, además, de aparatos de precisión para dosificar con toda exactitud las corrientes y domeñar, digámoslo así, la energía eléctrica.

Es indudable, como hace observar Joffroy, que tanto con uno como con el otro de los métodos de aplicación locales se han obtenido y pueden obtenerse resultados favorables; pero asimismo parece cierto que el mayor número de éxitos y los más completos se hallan en la cuenta de la galvanización, que seguramente dispone hoy de los sufragios de la mayoría de los electroterapas.

Fundándose en estos efectos igualmente beneficiosos de ambas clases de corrientes, han creído algunos autores en la conveniencia de aplicarlas unidas, constituyendo el método mixto de la galvanofaradización. No soy partidario de este método, entre otras razones, porque, aparte de no estar demostradas sus ventajas sobre los otros, tiende á mantener el empirismo y la confusión que existe acerca de la acción terapéutica de la electricidad en la enfermedad que nos ocupa. En todo caso sería preferible su empleo á la manera como lo verifica Dubois, de Saujon, valiéndose de ambas corrientes, pero no unidas, sino alternando en un mismo enfermo por quincenas con una y otra. Por cierto que dicho autor asegura que en la quincena en que usaba de la faradización era en la que siempre el alivio hacía mayores progresos.

A reserva de justificar detenidamente el procedimiento seguido por nosotros en el tratamiento eléctrico del bocio exoftálmico, cuando me ocupe, en un próximo trabajo, de la patogenia que admitimos para esta enfermedad, voy á describirlo más detenidamente, aunque en realidad varía poco en su esencia de algunos de los ya citados.

Desde luego damos la preferencia á la corriente galvánica, por ser la que siempre hemos visto producir mejores resultados y más

rápidos, siendo también teóricamente más racional su empleo, á nuestro juicio, teniendo en cuenta su conocida acción físico-química sobre los tejidos del organismo, distinta de la farádica.

El fin inmediato que buscamos con el tratamiento eléctrico es accionar sobre la medula cervical y sobre el cordón simpático del cuello; pero como hay muchos casos en que esta acción no sería suficiente á producir un resultado favorable pronto y persistente, por la gran preponderancia que en el proceso patológico llegó á adquirir el trastorno funcional y hasta orgánico del cuerpo tiroides, creemos muy conveniente y aun casi necesario, en ocasiones, ejercer una acción directa sobre dicha glándula por intermedio de la misma corriente galvánica aplicada sobre ella.

Este ha sido el fundamento del método que, de algunos años acá, seguimos en los casos de bocio; pero desde que empecé á hacer aplicaciones de la *electroionización* en otros afectos, siguiendo las experiencias del Dr. Leduc, de Nantes, tuve la idea de ensayar ésta en el tratamiento del bocio, precisamente en la esperanza de llenar mejor la segunda de las indicaciones que perseguía con mi método electroterápico, ó sea la de producir una modificación beneficiosa en el estado orgánico y funcional de la glándula tiroides.

Sabido es que el ion cloro tiene una acción resolutiva, atrofiante, esclerolítica sobre los tejidos de nueva formación, tanto de naturaleza irritativa como inflamatoria, y como en la referida glándula hay, después de la hiperfunción, una hipertrofia y acaso una hiperplasia de algunos de sus elementos anatómicos, creí lógico esperar que la introducción del referido ion viniera á coadyuvar poderosamente á la acción terapéutica de la corriente eléctrica.

Expuestas brevemente las bases del método seguido por nosotros en el tratamiento eléctrico de la enfermedad de Graves, he aquí su técnica:

Con todas las precauciones y elementos necesarios para hacer inofensivas y perfectamente tolerables las prácticas de la electroionización, cuyos detalles expuestos quedaron ya en nuestro artículo *La medicación iónica* (1), procedemos á fijar perfectamente el catodo, representado por la solución de cloruro de sodio, sobre la misma glándula tiroides, y el anodo en la nuca comprendiendo bajo él las tres ó cuatro primeras vértebras cervicales. Establecida entonces la corriente, la vamos elevando con una extremada lentitud hasta llegar á 15 ó 20 m. a., y aún más, según las circunstancias, manteniendo exactamente la intensidad alcanzada durante quince á veinticinco minutos, tiempo que es igualmente variable según varios factores, como son la susceptibilidad del sujeto, la intensidad del

(1) Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, Junio 1907, pág. 402.

padecimiento y el predominio de ciertos y determinados síntomas.

Desde luego debe principiarse por la intensidad mínima, quizá convenga no pasar de los 10 m. a. en las primeras sesiones; pero si el sujeto tolera bien la corriente y no hay fenómenos hiperestésicos de ninguna clase, podemos, sin temor alguno, ir elevando la intensidad hasta las cifras indicadas, de las que yo he pasado en algunas ocasiones sin tener que arrepentirme.

Una recomendación que no debe olvidarse es la de no colocar demasiado alto el electrodo de la nuca, pues de lo contrario suele producirse, en algunos sujetos, una ligera cefalalgia que, si bien carece de importancia, pues desaparece en seguida que cesa la corriente, y aun á veces antes, es siempre de mal efecto y hace que el enfermo cobre miedo á las aplicaciones. También puede ocurrir que esta cefalalgia se presente sin aquel motivo, en cuyo caso bastará disminuir muy poco la intensidad para que desaparezca por completo.

Respecto á la duración de las aplicaciones, hemos dicho que debe variar según los casos. En los sujetos muy excitables que toleran mal la corriente no debe pasarse de diez á quince minutos. Lo mismo decimos en aquellos en los que el bocio está muy poco manifiesto ó es casi nulo; así como también deben ser cortas las sesiones cuando la taquicardia es muy intensa ó cuando se observe que ésta aumenta durante la aplicación, lo que es excesivamente raro. En todos los demás casos no debe dudarse en prolongar las sesiones hasta veinticinco, treinta minutos y aun más allá, pues los resultados, en mi concepto, son mejores y más rápidos con las sesiones largas.

Con este método he obtenido mis mejores éxitos. Llevo tratados por él 5 casos de bocio exoftálmico perfectamente caracterizado, dos de ellos bastante graves, y puedo asegurar que tres están completamente curados, no teniendo noticias de los otros dos, que se marcharon después de una marcadísima mejoría.

En la actualidad tengo en tratamiento un caso que, por lo curioso de su historia y los admirables resultados rápidamente obtenidos, merece una descripción especial. Se trata de una señora de cuarenta y siete años, soltera y sin antecedentes patológicos de ningún género. Jamás ha sido nerviosa, ni presenta estigma alguno referente á la neurosis histérica. Hace dos años empezó á padecer una gastralgia, que aparecía y desaparecía por temporadas, sin que ninguno de los muchos tratamientos empleados consiguieran en ningún momento librarla de su violentísima afección. Desde hace poco más de un año viene adelgazando de un modo lento y progresivo, hasta el punto de haber perdido en este espacio de tiempo 16 kilos de peso. No tuvo nunca vómitos, y su alimentación ha sido buena,

pues ha conservado siempre excelente apetito. El dolor se presentaba siempre al terminar la digestión gástrica, é iba acompañado de abundante desarrollo de gases.

Con un diagnóstico de hiperclorhidria, y sin referirme más síntomas ni otros fenómenos que los que dejo apuntados, se presentó en mi consulta hace dos meses justos. Mi primer impulso fué el de enviarla á un especialista del estómago; pero á esto hubo de manifestarme su deseo de ser examinada por mí, reiterándome la ineficacia de los tratamientos seguidos en dos años para la curación de su dolor. Pronto varié de pensamiento, pues al pulsar á la enferma me encontré con una frecuencia de 130 pulsaciones.

Relacionando esta taquicardia con el adelgazamiento que venía experimentando la enferma, y queriendo confirmar pronto la idea que acababa de concebir, la hice descubrir el cuello, y al momento noté una ligera tumefacción en la región tiroídea derecha, tan ligera, que la enferma no se había apercibido de ella hasta entonces. Ya sobre la pista, interrogué en esta dirección á la paciente, obteniendo preciosos datos, de los que ella no había hecho nunca aprecio, ó bien creía dependientes del malestar general que le ocasionaba su gastralgia y lo que ella llamaba su debilidad, ó sea la demacración.

No había nada de exoftalmía, pero sí latidos carotídeos fuertes, contrastando con la blandura y pequeñez de los radiales; notaba en ocasiones palpitación cardíaca y un temblor interior que le producía cierta zozobra, y por último, una facilidad para sudar y una resistencia al frío tan considerable, que casi nunca siente la necesidad de abrigarse.

Ante semejante cuadro sintomático, al que hay que agregar una notabilísima disminución de la resistencia eléctrica de los tejidos, no vacilé en considerar que se trataba de un caso de enfermedad de Basedow bien caracterizado, no obstante la falta de la exoftalmía y algún otro signo, como por ejemplo, el de Graeffe, que tampoco podía apreciarse.

En el mismo día hice la primera aplicación del método electroiónico; y para abreviar, diré tan sólo que desde la primera sesión empezó la enferma á sentir algún alivio en su estado general; después de la segunda empezó á ceder rápidamente su gastralgia, que á los diez días había desaparecido por completo. La taquicardia ha bajado desde 130 á 80 pulsaciones, y en los dos meses transcurridos ha recobrado la enferma 2 kilos de su peso. El bocio ha disminuído algo de volumen, pero es aún muy manifiesto; y ante semejantes resultados, es lógico esperar que la curación sea un hecho en breve plazo. La enferma va entrando en la menopausia, y esta circunstancia nos obligará á prolongar más el tratamiento y á no emitir un jui-

cio que pudiera resultar prematuro respecto á la época de su curación definitiva.

En algún otro de los casos que llevo tratados he visto también iniciarse el alivio desde la primera sesión; lo general es que sea desde la tercera ó cuarta; pero lo primero que sin excepción se mejora es siempre el estado general. La zozobra, la intranquilidad que se apodera de estos enfermos, se calma como por encanto; las complicaciones ó síntomas gastro-intestinales, la cefalalgia, el temblor van en seguida disminuyendo de intensidad, y entonces puede comprobarse que la taquicardia ha descendido también, y los pacientes dejan de perder peso, quedando éste estacionado por algún tiempo.

Poco después empieza á disminuir el volumen de la glándula tiroides, lo que siempre se verifica con extrema lentitud, pero no deja de hacerse ya apreciable á los pocos días de haberse obtenido un notable descenso del número de pulsaciones. Lo último que desaparece, según mi experiencia, es el exoftalmo, circunstancia que no debe extrañarnos sabiendo que en su producción intervienen múltiples factores, cuya influencia en algunos de ellos tiene que tardar forzosamente mucho tiempo en agotarse.

El alivio así manifestado continúa acentuándose lentamente, á condición de no suspender el tratamiento electroiónico, pues de lo contrario reaparece más ó menos pronto todo el cortejo sintomático anterior. La duración total del tratamiento no puede fijarse exactamente; depende de condiciones, principalmente etiológicas, que se escapan muy á menudo á nuestra apreciación; y así como hay casos, hasta de forma grave en apariencia, que casi están curados á los dos ó tres meses, hay otros que necesitan muchos para llegar á una completa curación.

Unicamente en los casos graves deben hacerse las aplicaciones diarias; en los de mediana intensidad es suficiente, á mi juicio, hacerlas cada dos días, y hasta lo creo así preferible desde el momento en que buscamos la doble acción electroiónica.

Cuando el alivio es ya muy notable pueden suspenderse las aplicaciones durante algunos días, y si no hay retroceso en estos períodos de descanso, se debe ir alargándolos cada vez más hasta que, por último, se considere al enfermo curado; pero en el caso de recaída ó reaparición de alguno de los síntomas que ya se habían borrado, hay que volver á las aplicaciones con la misma frecuencia que en un principio.

Con el procedimiento que acabo de describir nos proponemos ejercer, como antes he indicado, dos acciones que, si bien en esencia distintas é independientes, ambas tienden al mismo fin. La primera consiste en influenciar por medio de la corriente galvánica el cordón simpático del cuello y la misma medula cervical; y la segun-

da en llevar esta misma acción de la corriente sobre la glándula, á cuya influencia sumamos, por virtud de la electroionización, las propiedades atrofiantes del ion cloro, que, sin género alguno de duda, contribuye muy poderosamente á la reducción de volumen del cuerpo tiroides, y por consiguiente á la moderación de su exaltado funcionalismo.

Por lo que respecta al mecanismo de acción de la corriente galvánica, sabemos, por experiencias repetidas, que ésta disminuye la circulación intraglandular, y por consiguiente la secreción, siempre que se emplee con intensidades elevadas. Igualmente se ha demostrado la importantísima acción sedativa y calmante que la galvanización ejerce sobre el simpático y el bulbo.

Sabemos también que la corriente galvánica, principalmente á intensidades altas, tiene por resultado regularizar, ó mejor dicho, normalizar las funciones tróficas, vaso-motrices y secretorias de los nervios, que es, en nuestro concepto, el papel más importante que desempeña en este padecimiento, atenuando la irritabilidad general del sistema nervioso simpático, del que dependen directamente los nervios vaso-motores y secretorios del cuerpo tiroides.

Aplicaciones indirectas de la electricidad.—No queremos concluir con lo referente á la electroterapia del bocio exoftálmico sin hacer mención de las aplicaciones de los rayos de Röentgen en el tratamiento de esta enfermedad, que recientemente han empezado á hacerse.

Un cierto número de hechos experimentales que han venido á demostrar, en estos últimos años, que los rayos X al obrar sobre los órganos profundos, como el bazo, el ovario, el testículo, etc., ejercen en ellos una acción atrofiante, ha motivado el que algunos prácticos, que sólo ven en la enfermedad de Basedow una simple consecuencia de la hipertiroidización, concibieran la idea de utilizar aquellas propiedades demostradas en los rayos X sobre las glándulas, para determinar la atrofia del cuerpo tiroides.

Estos ensayos fueron realizados por primera vez en América, en 1902, por Williams, el cual dió cuenta de un enfermo que obtuvo un notable alivio. Más tarde, en 1905, Beck refirió también varios casos casi curados por las radiaciones, y á éste, por último, siguieron Stegmann, Pfahler, Bergonié y Trusch, que á su vez afirmaban los buenos resultados que la radioterapia ha producido en varios enfermos observados por ellos.

En oposición á estos hechos se citan otros en que los rayos X dieron escaso resultado y aun en ocasiones agravaron algunos síntomas. De esta opinión participa en Francia Béclère, así como también Belot, Haret, Zimmern, Foveau y otros.

Difícil es, pues, en la actualidad deducir nada en concreto acer-

ca de la mayor ó menor eficacia de este proceder, que si en manos de ciertos experimentadores ha dado algunos éxitos, ha fracasado, en cambio, en las de otros no menos expertos.

Además, el método es relativamente reciente, y ni aun siquiera hay todavía acuerdo en cuanto á la técnica más conveniente que deba regir, pues ésta puede decirse que ha variado con cada uno de los experimentadores.

Teniendo en cuenta, por otra parte, que para obtener una acción atrofiante de órganos internos con los rayos X hay que emplearlos á altas dosis, y corremos siempre el riesgo de producir intensas dermitis, se comprenderá fácilmente que el procedimiento esté aún en período de investigación, en el que nada puede por el momento aventurarse.

Noviembre 1907.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS LAPAROTOMÍAS EN LAS INFECCIONES GRAVES DEL PUERPERIO

Historia clínica de una laparotomía puerperal evacuatriz con exéresis de los anejos derechos del útero. Curación. Consideraciones generales.

POR EL DR. D. JUAN MARTÍN AGUILAR
Catedrático de Granada.

La señora de L. P., natural de Antequera, de veintiséis años de edad, casada y multípara, es modelo de fortaleza orgánica. En su familia no hay más antecedentes morbosos que los de una apendicitis desarrollada en un primo hermano.

Antes de los accidentes que en breve relataré, esta historiada ha tenido por patrimonio la salud más perfecta. Su primer parto, ocurrido hace seis años, fué precedido de unas pequeñas hemorragias durante el noveno mes del embarazo, ocasionadas por una placenta previa lateral y cohibidas con reposo absoluto y láudano. El período de expulsión se entorpeció por una brida ancha que se extendía desde la cara anterior á la posterior de la vagina, muy cerca del orificio vulvo-vaginal. Sin duda no tenían otra significación que la de un olvido embriológico de reabsorción del tabique que divide un tiempo en dos el conducto vaginal.

Esta brida fué distendida y proyectada hacia adelante por la cabeza del feto, detenido así por un obstáculo mecánico en el momento de querer salir de su cautiverio. La escisión del estorbo embriológico, previa ligadura doble á la seda, dejó salir con cierta brusquedad, pero sin desgarraduras, al feto, terminando así tan insignificante motivo de distocia. El puerperio fué aséptico. La madre amamantó á su hijo doce meses, y poco tiempo después volvió á quedar

en cinta. Este segundo embarazo, parto y puerperio fueron completamente normales. Con la leche del segundo hijo vuelve á lactar al primero, gravemente comprometido por atrepsia. Se desteta seis meses después, y en seguida concibe el tercer hijo. En esta ocasión no puedo asistirla al parto por hallarme enfermo en Lanjarón. Al séptimo día del puerperio se nota un poco febriciente, por lo cual le administra un purgante y le prescribe enemas altos intestinales un compañero.

En una de estas irrigaciones ocurre un accidente terrible. Por equivocación, su esposo vierte en el irrigador una gran cantidad de ácido fénico. El efecto tóxico es inmediato. La enferma cae como herida por el rayo en inconsciencia, y recurren á mí en el momento preciso en que me apeaba á la puerta de casa de vuelta del balneario.

Rápidamente acudo al auxilio de la enferma, auxiliada ya por otro compañero.

El esposo, loco de dolor, llora por su víctima al pie del lecho.

Lívida, fría, desencajada, con pulso imperceptible, los ojos semiocultos bajo los párpados superiores, la pupila puntiforme é insensible, abolidos los reflejos óculo-palpebrales, los labios cárdenos, la boca entreabierta, la respiración estertorosa y el cabello en desorden, parecía aquella joven próxima á la muerte.

Desde las cinco de la tarde del 14 de Septiembre de 1904 hasta las dos de la madrugada del día siguiente, no cesamos en nuestro fervoroso empeño de infundir la vida en aquel cuerpo casi inanimado. Los lavados intestinales y los del estómago al sulfato de sosa, las inyecciones masivas de suero fisiológico, las inhalaciones de oxígeno, los excitantes hipodérmicos, la respiración artificial, las aplicaciones de calor á todo el cuerpo, las friegas, los sinapismos, las aplicaciones de agua muy caliente á la región precordial y las depleciones artificiales de la vejiga, nos dieron al fin la victoria.

Nueve horas después del insulto tóxico dió la primera señal de conciencia, sonando borrosamente mi nombre en sus labios.

Tres días más estuvimos sosteniendo los lavados de la sangre, del estómago y del intestino, obteniendo por todos los emunctorios descargas de productos fenicados.

Una gran torpeza, explicable en aquellos momentos de confusión y de dolor, dieron motivo á una serie de quemaduras de tercero y cuarto grado en los pies, piernas, muslos y brazos de la enferma. El desprendimiento de las escaras y la reparación de las úlceras profundas y extensas duraron más de dos meses. Como fenómeno insólito se presentó al sexto día una tos seca y quintosa acompañada de gran disnea, sin que la exploración objetiva del aparato circulatorio y respiratorio evidenciara su origen, y sin que fueran bastante á hacerlas desaparecer la terapéutica más activa.

El tiempo fué moderando aquellos fenómenos irritativos del pneumogástrico hasta su completa desaparición.

Cuatro meses después del envenenamiento se levantó del lecho, y un mes más tarde marchó á Antequera á reponer su salud.

Pronto quedó embarazada de su cuarto hijo, y durante esta gestación tuvo dos síncopes consecutivos á disturbios intestinales mal precisados. A primeros de Septiembre de 1905 fuí llamado para asistirla al parto. Cuando llegué, la señora, molesta todo el día anterior con dolores intestinales, se había propinado una irrigación alta intestinal seguida de expulsión de materias fecales fetidísimas. En tanto yo me desinfectaba, repitió, con mi consentimiento, la irrigación, que dió el mismo resultado.

El parto avanzó desde entonces rápidamente, pero no de manera que me impidiera desinfectar cuidadosamente sus genitales externos. El feto desprendió su cabeza y el tronco con rapidez no excesiva, gracias al esfuerzo contentivo prudencial de mis manos. A los quince minutos libró espontáneamente y sin hemorragia. Vigilo la retracción uterina breve rato. El globo de seguridad marcaba la fisiología de aquélla, así como la falta de pérdida sanguínea. El pulso, á 75, marchaba paralela y armónicamente con aquellos fenómenos fisiológicos.

La enferma reclama algún alimento, y dispongo le den un pequeño ponche. Dispóngome en seguida á hacerle la *toilette* genital definitiva para dejarla tranquila y animada en su lecho puerperal próximamente á los cuarenta y cinco minutos del alumbramiento. Al lavar la vulva me dice la enferma que se encuentra mal. Efectivamente, palidece intensamente, siente náuseas y desvanecimiento muy sostenido, se acelera notablemente el pulso, y los sentidos y la inteligencia se eclipsan paulatinamente.

No viendo sangre al exterior, hago seguidamente la palpación hipogástrica. El útero está flojo; lo fricciono y se endurece, dejando salir una pequeña oleada de sangre por la vulva. Inyecto ergotina Ivon, y como continuara el estado sincopal, irrigo con la sonda Doleris la cavidad uterina después de extraer unos pequeños coágulos cavitarios y de excitar con la mano el útero.

Sale poca sangre; continúa el estado sincopal, y el útero no se agranda, pero no entra decididamente en contracción. Sigo haciendo masaje útero-abdominal; hago nueva inyección de ergotina y coloco en declive á la enferma después de nueva irrigación caliente intrauterina. No sale sangre apenas. El útero no se agranda, pero está flojo; el estado general es cada vez más inquietante. Ligadura de los miembros abdominales, inyecciones de cafeína, de éter, de aceite alcanforado y dosis masivas de suero artificial caliente. Revulsiones al corazón con agua muy caliente y mostaza. Estos síntomas

mas de hemorragia aguda *sin hemorragia* real duran, á pesar de un tratamiento activísimo y sostenido, desde las siete de la mañana hasta la una de la tarde.

Tal estado sincopal, único en su género por su génesis oscura, por su tenacidad y duración extraordinaria, se inició más de media hora después del alumbramiento normal, en cuyo tiempo no hubo hemorragia alguna ni desfallecimiento del útero, vigilado constantemente por mi mano, colocada en el hipogastrio, ni alteración de pulso, y, por lo tanto, no pudo ser tomado como efecto de una hemorragia, ni como reflejo vasomotor isquémico cerebral, consecutivo á una depleción algo rápida del útero.

Solamente llama la atención la coincidencia del síncope con el ingreso del alimento referido en el aparato digestivo, ya tocado antes del parto de perturbaciones funcionales.

A la una de la tarde, y previa consulta con un ilustrado comprofesor, vista la ineficacia de todo tratamiento, la falta de hemorragia y la persistencia del estado sincopal, se coloca, convenientemente rodeada de botellas de agua caliente, en su lecho puerperal.

A las tres de la tarde reacciona la enferma después de dos vómitos. El pulso se levanta, la piel y mucosas se coloran, y al fin se da por terminado accidente tan bizarro.

Una hora después hay 38°,2, y por espacio de cuatro días la fiebre oscila entre 38 y 39. Loquios inodoros. Irrigaciones vaginales é intrauterinas desde el segundo día del puerperio. Limpieza intestinal conveniente.

Cuatro días después del parto aparece un dolor continuo al lado derecho del hipogastrio. La fiebre se levanta. Es continua, pero con remitencias muy marcadas. Es precedida de escalofrío ligero, y declina con pequeña sudoración. El pulso se mantiene firme á 90 y 100. Buen estado general. Al décimo día la temperatura máxima alcanza 40°,4 y la mínima 38°,6. El dolor crece, se abomba y pone algo tensa la región dolorosa. Hay sensación profunda de pastosidad en la fosa ilíaca derecha, donde el dolor es muy vivo. Hay punto de Mac-Burney. Útero grande, y en relación inmediata con este foco inflamatorio, inmóvil. No hay ocupación alguna del fondo de saco lateral ni del Douglas. Tales síntomas y tales fenómenos negativos me hicieron sospechar vehementemente en la posibilidad de algún proceso apendicítico generador de todos los trastornos reflejos é infectivos que relata esta historia clínica. Los caracteres normales del flujo loquial y la limpidez de las aguas de las irrigaciones intrauterinas, desde el primer momento daban fuerza á tal suposición. Los trastornos intestinales durante el embarazo y al comienzo del parto, unidos á ciertos antecedentes familiares apendicíticos, podían justificar tal hipótesis.

Hasta el día 24 sigue empeorando la enferma. El vientre se distiende; se abomba más la fosa ilíaca derecha; aparece la tensión y la renitencia denunciadoras de un foco purulento lejano de la pared abdominal; la inquietud general y el temor á la muerte aparece; el pulso sube á 130°; la cara se hace abdominal; la fiebre se sostiene en sus máximas más allá de los 40°, y tras de un movimiento brusco estalla en el abdomen un dolor extraordinario, vómitos, hipo y descenso progresivo de la temperatura con desencajamiento de la facies.

Llamo la familia, y juzgando que el foco hasta entonces limitado habría hecho irrupción al abdomen por ruptura de los exudados aisladores, propuse inmediatamente y á todo evento la laparotomía, que se realizó á las dos de la madrugada.

Incisión lateral subumbilical derecha. Al dividir el peritoneo, encontré el intestino delgado muy distendido junto al filo del bisturí. Logro salvarle de todo traumatismo, y con el dedo introducido en un pequeño ojal, le resguardo, cortando hacia abajo el peritoneo, hasta llegar al arco de Falopio. Un chorro de pus impregna mis manos y las compresas, y descubro un antro limitado por arriba por los intestinos conglomerados; por abajo, por un fondo irregular cuajado de adherencias y celdillas llenas de supuración, y en el centro se veía un órgano enrojecido fuertemente.

Al principio creo que es un intestino delgado; pero al aislarlo con gran cuidado, veo que es la trompa derecha engruesada y rellena de pus; detrás de ella, al nivel de la fosa ilíaca y como suspendida sobre ella, el ovario derecho, aumentado de volumen notablemente, repleto de pus. Por delante y por detrás del ligamento ancho, varios focos de pus labrados entre dichos órganos y la parte derecha del mediastino anterior y posterior de la gran pelvis. Estas pequeñas y numerosas colecciones purulentas apenas si descendían del estrecho superior, por cuya razón el tacto vaginal no hallaba ocupados los fondos de saco correspondientes. Rompo con el dedo todas las celdas del panal supuratorio, y previa ligadura, extirpé con el termo la trompa y el ovario. El lado izquierdo de la pelvis estaba libre de supuración, y cuidé muy mucho de conservar las adherencias que por aquel sitio y por los intestinos delgados separaban la cavidad abdominal del foco de infección. Solamente encuentro un punto de comunicación situado inmediatamente por detrás de la pared del vientre, por el cual un intestino delgado distendido asomaba al antro supuratorio.

Limpio con compresas empapadas en agua fenicada; seco con compresas esterilizadas, y coloco un Mickulicz que asegure el drenaje.

Puntos de sutura ceñidores de la mitad superior de la herida abdominal.

Dos días siguieron las temperaturas altas y sostenidos los vómitos y el hipo; solamente mejoró en ese tiempo el pulso. En adelante, los síntomas decrecían á medida que el foco drenaba y se reducía. Al cabo de dos meses la herida estaba cerrada, después de haber expulsado la lazada de seda que se colocó en la trompa, y la enferma fué dada de alta tan mejorada y repuesta, que no me parecía realidad resurrección tan cumplida y llana.

Más tarde, como dos meses después, fuí avisado porque le apareció un dolor en el lado izquierdo del hipogastrio, á raíz de la primera menstruación, acompañada de fiebre moderada. El tacto combinado demostró la existencia de un tumorcillo alargado, movible, doloroso, renitente y alto en el lado izquierdo del hipogastrio, por encima del estrecho superior.

Juzgué que se trataba de un hemato-salpinx. A los treinta días desapareció, y la enferma volvió á su vida ordinaria.

Hoy hace dos años que terminó historia tan variada y grave. Afortunadamente, la enferma no ha vuelto á quedar embarazada, y está perfectamente sana.

De la historia expuesta pueden hacerse las siguientes conclusiones:

1.ª Que el síncope de esta parturiente es digno de ser conocido por lo insólito.

2.ª Que no pudo titularse como hemorrágico porque en realidad no hubo hemorragia.

3.ª Que el síncope no pudo ser fenómeno isquémico cerebral, compensador de una vasodilatación abdominal, porque el parto no fué rápido, ni el accidente fué inmediato, sino media hora después del alumbramiento.

4.ª Que tampoco pudo ser hijo de alguna isquemia cerebral motivada por algún cambio brusco de posición, porque la enferma no había cambiado un solo momento la posición horizontal.

5.ª Que este síncope ó este colapso no fué histérico, porque esta señora jamás ha ofrecido estigmas ni síntomas histéricos, y sería mucho histerismo el que justificara seis horas de perturbaciones vegetativas tan graves y comprometedoras.

6.ª Que solamente una perturbación ó una indisciplina profunda y funcional de las neuronas, motivada acaso por el grave envenenamiento del año anterior, podría darnos la clave de semejante estallido brutal de inhibición nerviosa central, como respuesta á una excitación refleja gastro-intestinal determinada por la ingestión alimenticia.

7.ª Que esta infección puerperal no parecía corresponder á las genuinas del puerperio, porque, aparte la escrupulosa y sistemática asistencia aséptica que hago en todos los partos, la fiebre comenzó

á observarse al cesar el estado sincopal, y es notorio que las infecciones requieren ordinariamente más tiempo para explotar; además, la ausencia de síntomas objetivos de lesiones anexiales por el tacto vaginal combinado, y la excepcional altura del foco supuratorio, justificaban el recelo de la naturaleza apendicular de la infección.

8.ª Que el acto quirúrgico vino á demostrarme que la suspensión de la involución por una infección tan precoz hizo que el útero y los anejos derechos quedaran enmarañados y prendidos, con adherencias sobre la fosa ilíaca derecha, y que los abscesos múltiples purulentos quedasen también altos, alejados de los fondos de saco vaginales y circunvecinos al ciego.

9.ª Que ó la infección estaba ya latente antes del parto, ó, á pesar del rigor aséptico, mi mano arrastró gérmenes muy virulentos hasta el fondo del útero, cosa posible si recordamos que aquel aparato genital, aquella señora y aquellos enseres estuvieron muchos meses impregnándose de gérmenes purulentos procedentes de las úlceras que dejaron las quemaduras referidas.

10. Que la infección fué una endometro-salpingo-ovaritis con perímetro-salpingo-ovaritis derecha, determinadora de abscesos múltiples de pus en el lado derecho de la pelvis.

11. Que la única intervención racional, oportuna y eficaz en este caso fué la laparotomía evacuadora y extirpadora anexial unilateral.

12. Que la quinina, los lavados, fricciones mercuriales, suero antiestreptocócico, revulsivos, hielo, purgantes, etc., no sirvieron de nada en este caso.

13. Que la histerectomía puerperal aquí fué innecesaria para la curación. Si hubiera sido ejecutada precoz ó tardíamente, por lo pronto, hubiera restado su potencia reproductiva á la enferma, y muy probablemente también la hubiera restado la vida.

14. Que á todas luces, pues, para los casos con determinaciones graves periuterinas, como el presente, que amenacen la vida, es mucho más sencilla, más inocua, más conservadora y más científica la intervención sistemática por laparotomía ó colpotomía (según los casos), que es, además de exploradora, evacuadora y aisladora, y que puede convertirse en extirpadora ó mutiladora de uno ó varios órganos si las circunstancias lo demandaran.

*
* *

Un precioso trabajo sobre el «tratamiento de la infección puerperal grave por la laparotomía ó la colpotomía sin histerectomía», firmado por León Sourdille y publicado en la *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale* en Octubre de 1905, llegado á mis manos casi un año después de haber realizado con éxito brillante la

intervención de Sourdille en un caso desesperado de infección grave puerperal no saprofítica, hízome por entonces concebir la idea de publicar la anterior historia, digna por más de un concepto de ser conocida por los especialistas, y digna de sumarse á las publicadas por Delétrez en los *Annales de la Société belge de Chirurgie* de 1899; por Potocki et Lacasse, en los *Annales de Gynecologie et d'Obstétrique* de Junio de 1902; por M. Poirier, en la *Soc. chir., séance* du 6 Mars de 1901; por Cristeann, de Bucarest, en la *Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale*, Juillet-Août, 1904, y á las descritas por León de Sourdille.

La lectura del *Traitement chirurgical des péritonites puerpérales généralisées*, publicado en *L'Obstétrique* correspondiente á los meses de Mayo, Julio y Septiembre de 1906, por el antiguo jefe de clínica de Obstetricia de la Facultad de París, Dr. Jeannin, me ha llevado á la convicción de que esta importante cuestión del tratamiento quirúrgico de las infecciones puerperales toma cada día más valor y actualidad en la práctica de los partos en todas las naciones.

Por este motivo, aun cuando los límites y la naturaleza de este modesto trabajo no me permitan hacer la historia, la descripción y el juicio crítico de las intervenciones operatorias antes mencionadas, creo pertinente hacer algunas consideraciones sintéticas sobre las mismas, basándome en las observaciones propias, en las ajenas y en el espíritu que informa á la moderna terapéutica quirúrgica puerperal, ya que, por desgracia, nos falta un remedio eficaz que, al igual del antidiftérico, nos resuelva pacíficamente la cuadratura del círculo morboso puerperal.

Admitido que los gérmenes de las infecciones puerperales levantan sus primeras barricadas contra la salud y la vida en las heridas cervicales y placentarias del útero en la generalidad de los casos, obvio es que habrá siempre un primer tiempo en el que la limpieza del foco primitivo es enteramente racional é indispensable, á condición, por supuesto, de no lesionar el órgano ni el organismo con intervenciones poco bien meditadas y peor ejecutadas.

Un sondaje intrauterino que no añada cuotidianamente elementos de infección, aunque sencillo y de vulgar conocimiento, no suele ser, por desgracia, universalmente realizado todavía.

Un sondaje que no pase modestamente del anillo de Bandl, tomado por fondo uterino, es una intervención inútil, pero perjudicial. Una irrigación con sonda intrauterina que tome por límite de acción el fondo de saco posterior vaginal no suele ser infrecuente aun cuando es siempre irrisoria, y el sondaje que golpetee y levante el fondo ó la pared del útero es maniobra expuesta y cruel, digna, si posible fuera, de la pena del Talión.

El exceso de titulación antiséptica de las irrigaciones intraute-

rinas, como la prolongación sistemática de las mismas cuando la cavidad del útero no da productos sépticos en sus lavados ni en sus expoliaciones, traen más inconvenientes que ventajas, sobre todo si la infección se ha transportado á la región periuterina.

En efecto: cuando los gérmenes microbianos y sus productos tóxicos envenenan la sangre y lesionan el meso y el perimetrio, los anejos, el peritoneo ó el tejido conjuntivo pélvico, entonces la cavidad del útero, un tiempo antes teatro limitado de las actividades microbianas, tórnase, por lo común, en campo neutral, donde quedan tan sólo las huellas anatomopatológicas de la infección primitiva allí localizada. La función morbosa ha trasladado sus cuarteles fuera, lejos de la mucosa uterina, y cuantas medidas terapéuticas tomemos para aseptizar aquélla serán inútiles por lo menos.

Si en tales circunstancias nos empeñáramos en hacer un legrado uterino, haríamos lo mismo que si raspáramos una antigua excoriación ó fisura ya cicatrizada, cuando la erisipela ó el absceso engendrado por ellas marcharan ya á larga distancia.

Por lo dicho, se deja entender que, tanto las irrigaciones como el legrado digital ó instrumental del útero, tienen siempre su oportunidad, su tiempo preciso y distinto, según la etapa del proceso morboso.

Cuando las infecciones traspasan los límites de la cavidad del útero, terminando en la mucosa de este órgano la función infectante para revivir en tejidos más profundos, es natural que se imponga entonces la abstención en el tratamiento intrauterino, acudiendo, si hubiese lugar é indicación, á tratamientos periuterinos.

Obedeciendo á este criterio que la lógica clínica más elemental impone, el tratamiento quirúrgico peritoneal ha tomado de poco tiempo á esta parte importancia excepcional. Hemos subido desde las simplicísimas irrigaciones y desde el raspado uterino hasta la histerectomía, salto enorme que pretendió darse en la historia del tratamiento de las infecciones puerperales, sin tener en cuenta que la gradación es ley general que regula tanto á los fenómenos morbosos como á los actos terapéuticos.

Tocólogos y ginecólogos tan ilustres como Fekling, Leopold y Trent en el Congreso internacional de Ginecología y de Obstetricia de Roma, celebrado en 1902; maestros tan eximios como Pinard y especialista tan brillante y concienzudo como nuestro Dr. Cortiguera en el Congreso de Medicina de Madrid en 1903, no pudieron, con tanta erudición como experiencia, definir la indicacion de la histerectomía en las infecciones puerperales no saprofíticas. Más aún, Pinard afirma allí que dicha indicación no existe.

Doyen es aún más expresivo, porque rechaza en absoluto dicha operación.

Bossi, Cameron, Doleris, Queirel, Smith, Gamboa, Delaunay y Cortejarena tampoco se mostraron propicios á semejante intervención operatoria.

Malos vientos corrieron para la histerectomía puerperal en aquellos congresos.

Y, en efecto, la cifra de mortalidad de 16, 35, 60 y 80 por 100 para la intervención referida hablaban poco favorablemente de ella.

Aparte de esto, la crítica la denuncia como gravísima por el *shock* que la subsigue; contraria al interés de la especie, por ser mutiladora; insuficiente, si era tardía; innecesaria en muchos casos, si era precoz; si los canales linfáticos y sanguíneos corrían el incendio al peritoneo, á la pleura, pulmón, etc., reputábase como incompleta; grande y superflua, si la infección había encontrado barreras defensivas en los mismos órganos genitales atacados; y poco científica, si se la quisiera imponer en un período determinado de la infección puerperal, porque esta enfermedad no es siempre igual á sí misma en su ciclo, como no lo es en su forma, ni en sus orígenes, ni en sus consecuencias, ni en sus accidentes, ni en sus terminaciones.

Una infección puerperal en cuya etiología éntre de manera esencial el estreptococo no ofrecerá el mismo ciclo ni las mismas determinaciones morbosas que la engendrada por el pneumococo, el gonococo ó el colibacilo, ni una infección monomicrobiana será tan abigarrada como otra polimicrobiana.

Por otra parte, si las insuficiencias de los órganos antitóxicos ó la de los expoliadores; si las dishemias ó las discrasias, que rompen el equilibrio en la composición y en las funciones del tejido sanguíneo; si las deficiencias de las funciones defensivas orgánicas, bajo cuya égida se consigue la salud y la inmunidad; si las neuronas embotan su sensibilidad, inhiben á distancia juegos vasculares defensivos, entorpecen, aceleran ó perturban las corrientes nerviosas ascendentes ó descendentes; si, en fin, taras morbosas conocidas ó latentes manchan el poder de resistencia del organismo frente á una invasión microbiana, no ofrecerá tampoco la infección los mismos episodios ni el mismo porvenir que si aquélla se realizara en otro organismo modelo de integridades fisiológicas.

Acaso en ambos extremos la lucha morbosa comience bajo los mismos auspicios; pero en el promedio de la acción, tras de los primeros combates entre el agresor y el ofendido, se dibujarán ya las diferencias en uno y otro caso por la manera de pelear, por la estrategia que cada uno despliega y por las armas con que cada organismo cuenta para luchar y para vencer, y al final rendirá seguramente el campo aquel que fuere menos vigoroso y perfeccionado en semejante arte de guerrear.

Siendo, pues, tan compleja la enfermedad, tan variados y ocultos los resortes que han de pulsar en cada caso los organismos enfermos y los microorganismos que asaltan, ¿cómo podríamos encerrar en una sola fórmula la indicación de la histerectomía contra las infecciones puerperales? ¿Qué criterio nos serviría de basamento á la indicación?

La etiología no podría, en rigor científico, informarnos suficientemente, porque, aparte las dificultades de resolver de manera conveniente el problema etiológico, es de elemental conocimiento que un mismo microorganismo ni tiene siempre las mismas actividades morbosas ni se le pueden presuponer *á priori*, porque, según el terreno donde germina, las aminora ó las exalta.

La anatomo-patología no representa en último extremo más que las escorias que la enfermedad deja en el organismo, y á las veces son menos determinadas mientras más alta, violenta y grave es la enfermedad.

La sintomatología es demasiado movible para iluminarnos en la grave cuestión de la indicación de la histerectomía puerperal.

La fiebre, por ejemplo, sea de tipo remitente, venga á serlo intermitente, ya sea de tipo mal definido, alcanza en ocasiones alturas peligrosas sin que la enferma sucumba, y curvas térmicas mediocres acarrean ó se ven subseguidas de la muerte. Los trastornos que sobrevienen á consecuencia de lesiones anexiales ó celulíticas son á veces discordantes con la intensidad de la causa que las engendra, y en ocasiones, peritonismos poco alarmantes son heraldos ciertos de la muerte.

Uteros, trompas y ovarios, tocados muy profundamente en su textura, ahitos de microorganismos, verdaderas esponjas de productos sépticos, retornan muchas veces, y de manera maravillosa, á un estado, no sólo compatible con la vida, sino también con una salud no despreciable, mediante mecanismos y procedimientos diversos, y en cambio, invasiones hemáticas silenciosas é imprevistas siembran á distancia muchas veces gérmenes de destrucción que acogotan en breve espacio al organismo.

El criterio cronológico no es admisible tampoco para fijar la indicación de la histerectomía puerperal. Solamente sabemos que la intervención operatoria es menos grave realizada en los primeros días de la enfermedad, pero sabemos también que dicha intervención en tal momento podría ser innecesaria para la salvación de la enferma; en cambio, si esperamos á cargarnos de razón, entonces el acto operatorio, grande en sí mismo, sería, sin embargo, muy pequeño contra la infección ya generalizada.

Por tales razones la histerectomía puerperal fué, es y puede que sea siempre, una operación de excepción más propia para satisfacer

acometividades quirúrgicas que para cumplir con las exigencias y los dictados de la clínica y de la ciencia. Felizmente, no se ha generalizado. Ha muerto en flor, sin que en la historia haya dejado la más leve estela de luz, como no fuera la de haber suscitado la idea de las laparotomías y colpotomías como método de tratamiento en ciertas infecciones puerperales agudas como la de mi historia.

Evidentemente hay un gran contraste entre la simplicidad operatoria de una y otra intervención, así como en las pretensiones con que cada una se ha ofrecido á los cirujanos.

La histerectomía aspiró á erigirse en terapéutica causal; los métodos de Sourdille y de Pryor se contentan modestamente con cumplir una indicación evacuatriz, eliminadora y aun aisladora del foco infectante; la histerectomía decreta en primera instancia la muerte del aparato genital, sin que la mayor parte de las veces pueda decretar la vida de la paciente; presupone además circunscripta en el útero y anejos la enfermedad, cuando ella propaga el incendio infectivo á todo el organismo en la generalidad de los casos; la histerectomía evacua, pero después de castrar deliberada y fatalmente, y la histerectomía, si salva una vida, lo hará á pesar de su brutal factura y de su enorme influjo deprimente.

En cambio las laparotomías y colpotomías puerperales deprimen muy poco, no disputan etiologías ni se enredan en problemas, á veces insolubles, respecto al asiento, extensión, naturaleza é intensidad de las lesiones; son mutiladoras por accidente, conservadoras por esencia; tienen como objetivo inmediato vaciar supuraciones, drenar exudados, poner compuertas á las corrientes que sostienen y pueden acrecentar el envenenamiento orgánico, aislar del foco infectado la gran cavidad peritoneal ó drenar ésta cuando se hallare invadida.

Es exploradora en todo caso, de sencillez especial, válvula de seguridad contra la infección y espita abierta para los productos sépticos.

Racional, científica y asequible á la generalidad de los tocólogos, puede considerarse hoy como operación de necesidad en las peritonitis puerperales generalizadas, de elección en las localizadas con ó sin lesiones anexiales evidentes cuando la gravedad del cuadro clínico y la ineficacia de la actual terapéutica así lo aconseje; operación de inspiración para aquellos casos en que la infección periuterina, á pesar de ser silenciosa, amenaza, à juicio del profesor, la vida de la enferma.

Granada, 10 de Diciembre de 1907.

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

PIELONEFRITIS Y PIONEFROSIS

con algunas notas relativas al empleo de los modernos métodos de investigación del estado funcional de los riñones.

POR EL DR. CARLOS NEGRETE

Del Dispensario de Urología del Instituto Rubio.

La observación de varios casos de pielonefritis y pionefrosis (pielonefritis con distensión renal) de sintomatología clínica análoga, aunque muy distinta bajo el punto de vista patogénico, me obliga á escribir algunos renglones, en los que me propongo llamar la atención de los médicos en general hacia esta entidad morbosa, que tiene fisonomía propia, aunque variada, y se presenta con bastante frecuencia como complicación de distintos procesos: infecciones generales agudas, infecciones del aparato urinario, obstáculos mecánicos al libre curso de la orina á través de los uréteres, etc., etcétera; descontando de este estudio las pielonefritis bilaterales de los antiguos prostáticos, que por regla general no son justiciables de intervención quirúrgica, y las correspondientes á procesos fímicos.

Primer caso.—P. G., hombre de cuarenta y seis años, bien constituído, sin antecedentes patológicos hereditarios y personales dignas de mención; pasado patológico urinario negativo; en Noviembre de 1904 cae enfermo con una infección intestinal colibacilar que dura de quince á veinte días; estando ya en convalecencia, nota el médico que le asiste síntomas generales y otros más acentuados correspondientes al aparato urinario, motivando esto sea solicitado mi concurso profesional, y he aquí lo que yo observé: Aparato digestivo: sed, lengua saburrosa y seca, disfagia bucal y faríngea, repugnancia á los alimentos, ligero estado dispéptico, astricción de vientre. Fenómenos generales: fiebre no muy alta (38°-38°,5), con exacerbaciones vespertinas precedidas de escalofríos. Aparatos nervioso y circulatorio normales. Aparato urinario: poliuria turbia, característica de las supuraciones renales (para distinguir macroscópicamente una orina purulenta de origen vesical de otra procedente de riñón, viértanse en dos copas de cristal ambas orinas, y dejéselas reposar: la primera deja una capa inferior constituída por pus y demás materiales de desecho, y una superior clara; las orinas

purulentas renales, aunque por el reposo se separan perfectamente en dos capas, nunca queda clara la superior); uretra normal; vejiga, de capacidad y tolerancia normales; próstata y vesículas seminales, bien; la exploración bimanual de los riñones indica ligero aumento de volumen de ambos, pero lisos, sin deformidades ni abolladuras, ligeramente dolorosos, propagándose dicho dolor á lo largo de los uréteres; puntos para-umbilicales dolorosos; reflejos pielo-vesical y urétero-vesical positivos; signo de Bouchard positivo (este signo, que únicamente sirve para demostrar la procedencia vesical ó renal del pus, no la uni ó bilateralidad de las lesiones, se descubre del siguiente modo: póngase en un tubo de ensayo cierta cantidad de orina, y añádase gota á gota licor de Fehling hasta obtener un líquido azul pálido ó verdoso; mézclese bien, dando una sacudida al tubo; si el pus es vesical, nada se observa; y si es renal, se verán, como aprisionadas en lo alto, finas burbujas de gas; caliéntese el tubo, y se ve la formación de un coágulo que desciende al fondo si el pus es vesical, ocurriendo lo contrario cuando procede de riñón).

Examen cistoscópico: vejiga normal.

Análisis de orina:

Cantidad en veinticuatro horas....	2.500 c. c.
Color.....	Amarillo claro.
Transparencia.....	Muy turbia.
Sedimento.....	En gran cantidad, blanco amarillento.
Reacción.....	Ácida.
Densidad.....	1.016.
Albúmina.....	3 gramos por litro.

Urea, cloruros y fosfatos ligeramente disminuídos.

Enorme cantidad de glóbulos de pus, muchos cristales de ácido úrico, abundantes bacterias, especialmente el colibacilo (bacilo de Escherich).

Reunidos todos estos datos, y dando á cada uno su justo valor, se imponía el diagnóstico de «Pielonefritis infecciosa de origen descendente», consecutiva á una infección colibacilar intestinal.

Sometido este enfermo á dieta láctea absoluta, agua ligeramente alcalina (la de Evian-Cachat es muy á propósito para estos casos), urotropina al interior, en cantidad de dos gramos al día (yo doy mi preferencia á las pastillas de «Urotropina Schering», dosadas á medio gramo cada una); revulsión á ambas regiones renales con termo, derivativos, de vez en cuando, al tubo intestinal, y fricciones secas á todo el tegumento, curó á los treinta ó treinta y cinco días, y hoy, transcurridos cuatro años, continúa perfectamente, dedicado á sus habituales ocupaciones.

Segundo caso.—Trátase de M. R., hombre de cuarenta y siete años, empleado en el Real Palacio, de constitución sana, sin antecedentes morbosos hereditarios personales que pudieran relacionarse con la enfermedad para la que reclama mi intervención, muy numerosos y de tal importancia que todo el cuadro patológico asienta en una infección gonocócica desde su principio mal tratada y posteriormente abandonada por el paciente; y si bien es verdad que las defensas del organismo son muy numerosas frente á una infección, en la lucha alguien tiene que ser el vencido, y en este caso fué el primero. ¡Qué de consideraciones pudieran hacerse respecto á las consecuencias que patológica y socialmente acarrea el gonococo de Neisser! ¿Qué médico no habrá oido repetidas veces, con ocasión de observar un estrechado, un prostático incipiente, un estéril ó un impotente, al preguntarle por su historia uretral, que contestaba diciendo: «Sí, efectivamente, tuve una blenorragia sin importancia, que me traté yo solo (ó tratada por un médico intempestivamente) y me duró veinte ó treinta días, quedándome una gota matinal por espacio de varios meses, de la que no hice caso porque no me molestaba»?

Esa gota matinal, sin importancia al parecer, encierra todo un poema verdaderamente macabro que, desde la uretritis crónica posterior hasta una infección renal supurada, recorre todo el árbol urinario, concluyendo muchas veces con la vida del enfermo; y no digamos nada de la gonococia femenina, que, desde la vaginitis hasta las lesiones supuradas de anexos, llega á la casi segura transmisión á un nuevo sér de la terrible oftalmía purulenta, con ceguera consiguiente, y donación á la sociedad de un sér inútil, aumentando el número de los contribuyentes morbosos, permítasenos la frase...

Continuemos nuestra interrumpida historia.

Nos dice el enfermo que padeció una, dos, tres ó más blenorragias, quizá una sola no curada y agudizada de cuando en cuando por excesos de cualquier clase; tras esto una estrechez con todo su cortejo sintomático de micción lenta, penosa, difícil, retenciones incompletas de orina, fermentaciones amoniacales de la misma, lesiones de mucosa, hipertrofia de capa muscular luchando contra el obstáculo un día y otro: uretrotomía interna practicada en el Hospital General de esta corte, dilatación progresiva que abandona prematuramente el enfermo, y en plazo no muy lejano le obliga á nueva uretrotomía, dilatación consecutiva; por segunda vez olvida la prescripción facultativa, y al cabo próximamente de diez ó doce meses la cosa pasó á mayores: infección vesical (las condiciones para que la infección se realice eran las más abonadas: retención, congestión y lesión de mucosa); casi seguras lesiones ascendentes de

uréteres y pelvis renal; sufre un enfriamiento el enfermo, y tras violentos escalofríos, fiebres más ó menos altas con exacerbaciones vespertinas, grandes síntomas de aparato digestivo, micción muy difícil, purulenta y en escasa cantidad le obliga á guardar cama hasta que reclama mi asistencia en los últimos días de Marzo del año 1906, encontrándole en el siguiente estado: facies verdaderamente cadavérica, terrosa, pálida, con sudor frío, ojos hundidos, respiración fatigosa, entrecortada, labios y lengua secos, blanquecinos, mucha sed, disfagia pronunciada, pulso pequeño, con hipotensión, fenómenos nerviosos adinámicos; en el aparato urinario, que intento explorar, me encuentro con una estrechez dura que no puedo vencer más que con una bujía fina; uréter izquierdo doloroso casi en todo su trayecto; riñón izquierdo no existe como tal órgano glandular (al menos á la exploración bimanual); es una inmensa bolsa fluctuante que llena por detrás todo el espacio comprendido entre la última costilla y la cresta ilíaca y por delante ocupa casi todo el flanco izquierdo; riñón derecho ligeramente sensible y algo aumentado de volumen, semi-anúrico, con temperatura por bajo de la normal. La situación no podía ser más crítica y apurada: recogí cuantos datos pude, y con el diagnóstico de «Pionefrosis ascendente de origen gonocócico», propuse la única solución que á mi entender había: intervención quirúrgica. Trasladado el enfermo al Instituto Rubio, inyéctasele un centímetro cúbico de solución de azul de metileno al 5 por 100, no observando en su eliminación más que ligerísimas cantidades de cromógeno (no había lugar á examen cisto-ureteral por endoscopia ni á separación de orinas, puesto que la estrechez uretral impedía el paso de cistoscopio y separador, y lo urgente era vaciar el pus).

Trasladado á la sala de operaciones, le hago una amplia incisión costo-lumbo-ilíaca, encontrándome con una bolsa adherida á todos los órganos vecinos, que abierta dió salida á una gran cantidad de pus; unificada toda la bolsa y drenada, suturé la herida, excepto la parte inferior, por donde se hacía el desagüe. Al siguiente día la orina era más clara, el pulso mejor; en una palabra, el estado general era más satisfactorio, y así continuaba mejorando, cuando á los doce ó catorce días noté, al levantarle el apósito, porciones de excremento en el mismo, hecho que me extrañó, pero que tenía su explicación: verosímilmente, adherencias intestinales con la pared de la bolsa pionefrótica por proceso inflamatorio, abertura del intestino por estiramiento y retracción de dicha bolsa al cesar la distensión producida por la pionefrosis.

El estado del enfermo era bueno; se alimentaba bien, las fuerzas renacían de día en día, pero había que librarle de su fístula estercorácea para reintegrarle á su trabajo cuotidiano: ya muy repuesto

y en condiciones de soportar una nueva intervención, decidí solicitar el concurso de mi querido colega el competentísimo especialista en afecciones quirúrgicas del intestino Dr. Fermín Martínez para llevarla á cabo; y ayudándole yo, he aquí lo que se hizo: transcribo á continuación las notas que dicho Sr. Martínez me suministró, que darán mejor idea que lo que yo pudiese decir.

«Galantemente invitado por mi distinguido compañero Dr. Negrete para examinar el enfermo objeto de esta nota, y omitiendo antecedentes y detalles que resultarían ociosos por estar cumplidamente descritos, sólo me concretaré á referir mi escasa colaboración en este caso, más bien por la enseñanza que entraña, demostrando la gran resistencia que poseen algunos organismos contra los agentes morbosos, que por la intervención quirúrgica en sí.

»En la región lumbar izquierda, y en el centro de una gran cicatriz que, partiendo de la última costilla falsa y siguiendo el borde externo del cuadrado lumbar, iba á terminar cerca de la espina ilíaca anterior-superior, se hallaba un orificio elíptico de unos diez centímetros próximamente, de bordes desiguales, duros y fruncidos, por el cual salían gases, pus y materias estercoráceas que maceraban los contornos de la herida, produciendo un prurito insoportable y un aspecto repugnante al espectador.

»Desinfectado lo mejor posible, é introducido el índice con precaución, lo primero que se percibía era una vasta cloaca llena de mamelones, y más profundamente una especie de diafragma con dos conductos, uno á la derecha con dirección de arriba á abajo y de atrás á adelante y otro á la izquierda, oblicuo de derecha á izquierda, de arriba á abajo y de adelante á atrás (hay que advertir que el enfermo estaba en decúbito lateral derecho al practicar el reconocimiento) completamente lisos y como afelpados.

»El espolón que se notaba era insignificante, probablemente debido á las grandes adherencias durante la evolución de la pionefrosis, cuyos accesos repetidos de inflamación concluyeron por aprisionar el codo del colon, ulcerándole y produciendo una abertura en el sitio donde el célebre Collisen propuso practicar el ano preternatural cuando los preceptos antisépticos eran desconocidos en cirugía y tan temidas las heridas peritoneales.

»La intervención se llevó á cabo del modo siguiente: dos purgantes de aceite de ricino con un día de intervalo, dieta láctea absoluta y sellos de salicilato de bismuto, naftol y opio; irrigación de agua hervida en la porción inferior. Previa minuciosa desinfección y cloroformizado el enfermo, tapando con gasa aséptica el ano accidental en previsión de infección del campo operatorio, practicamos dos incisiones paralelas que, comprendiendo la antigua cica-

triz, se unían en su extremidad, y unas veces con el dedo y otras á pequeños cortes de bisturí conseguimos llegar hasta el colon, que fué imposible de movilizar en ningún sentido, desistiendo de resecarlo circularmente, contentándonos con regularizar los bordes, puesto que el espolón apenas era perceptible y quedaba bastante luz al intestino, y practicar una sutura con seda fina, comprendiende todas las túnicas, y otra de Lambert ó sero-serosa, terminando la operación por pasar en masa unas crines de Florencia que comprendía piel, aponeurosis y músculo, dos planos de refuerzo muscular, dejando espacio para un pequeño drenaje en el ángulo inferior. Inyección de 500 c. c. de suero, dieta absoluta y sólo una cucharada de agua fría esterilizada cada dos horas.

»No tuvo vómitos y orinó espontáneamente á las pocas horas de la intervención: pulso, 95; temperatura, 37°,4, que se hizo normal á las cuarenta y ocho horas; desde el segundo día se le ordenaron cortadillos de leche fría cada cuatro horas; al cuarto día deposición espontánea; al sexto se quita el drenaje; al octavo se restablecen por completo las funciones del intestino; al décimo se quitan los puntos; á los quince días de operado, alta por curación.»

Esto ocurría á mediados ó últimos de Junio (yo había sometido al enfermo á sesiones alternas de dilatación progresiva de uretra para ganar en calibre); llegaban las vacaciones: el enfermo marchó fuera de Madrid á pasar una temporada de campo, y yo hice lo propio. A mi regreso volvió el paciente á mi casa completamente desconocido de grueso y repuesto, decidido á continuar la dilatación de su canal y someterse á mi vigilancia convencido con mis razonamientos, con lo cual salimos ganando los dos: él por su salud, yo porque satisfacía con su agradecimiento y obediencia mi amor propio profesional, que en muchas ocasiones es el más preciado galardón.

Ha transcurrido año y medio; le veo con frecuencia y continúa bien.

Tercer caso.—Recomendada por un médico de Madrid, se presentó en mi casa á primeros del mes de Octubre último la enferma A. L., de treinta y cinco años de edad, casada y natural de la provincia de Guadalajara, de temperamento linfático-nervioso y regular constitución. Sin antecedentes patológicos hereditarios ni personales dignos de mención, con pasado urinario y genital negativo, he aquí los datos que pude recoger por el interrogatorio: hace dos años dió á luz, presentando como síntomas anteriores á este acto, y concomitantes con la gestación, ligero dolor en ambas regiones renales, algo más acentuado en la derecha, tolerable y que ella atribuía á su estado; complícase el parto con fiebre, y á los pocos días empieza á notar dolores en la zona renal derecha, que se extendían por la región abdominal siguiendo el trayecto del uréter del mismo

lado, frecuencia no muy acentuada de las micciones, dolor fuerte durante las mismas y salida de gran cantidad de pus mezclado con la orina; consulta con su médico, que la diagnostica de catarro vesical, sometiéndola á lavados de dicha cavidad y diversos balsámicos al interior.

Lejos de mejorar, ha continuado durante dos años de mal en peor, hasta llegar á mi observación con todos los signos de agotamiento característicos de un proceso pielo-renal supuratorio y febril. Facies amarillenta, piel seca y terrosa, mirada triste; por parte del aparato digestivo, lengua saburrosa y blanca, anorexia y malas digestiones; aparato circulatorio y nervioso, bien; fiebre no muy alta con exacerbaciones por las tardes. Aparato urinario: con una sonda de Nélaton evacué el contenido vesical en cantidad de 140 á 150 gramos de orina purulenta (esta orina por el reposo se dividía en dos capas, la inferior constituída por pus, la superior por orina turbia; es decir, la característica de la poliuria turbia de Guyon («pisseurs de pus», que llama gráficamente este insigne urólogo); acto seguido inyecté disolución bórica, observando capacidad normal de la vejiga; el examen cistoscópico me demostró que la vejiga no estaba afecta; por el tacto vaginal, punto ureteral inferior derecho doloroso, normal el izquierdo.

Descubierto el abdomen, pude apreciar, puesta la mano izquierda en el ángulo costo-vertebral y la derecha por debajo del reborde costal, una tumoración que recordaba la forma del riñón, más que fluctuante renitente y con el peloteo característico de las tumoraciones renales no muy adheridas.

Con estos síntomas había bastante para fijar el diagnóstico de pielo-nefritis con distensión (pionefrosis) de origen descendente, y yo reconstituía mentalmente el proceso patológico de la siguiente manera, tomando como punto de partida el embarazo de esta mujer: hoy está demostrado que durante ese período de la vida genital el utero grávido comprime el uréter, aumentando esta compresión durante los últimos meses y determinando una retención renal primitivamente aséptica (hidronefrosis); da á luz la enferma, y los microorganismos productores de su fiebre puerperal, emigrando por vía sanguínea, llegan al riñón y lo infectan, puesto que encuentran en él las dos condiciones favorables para realizarlo: retención y congestión.

¿Cómo esta mujer ha vivido dos años en estas condiciones? Por varias razones: por defensas naturales del organismo, porque el uréter del lado afecto es permeable (pionefrosis abierta) y porque el riñón izquierdo depuraba el organismo con hipertrofia compensadora. Esta enferma ingresó en el Instituto Rubio el día 30 de Octubre último.

Aunque la intervención en estos casos señala como operación de elección la nefrotomía, era preciso antes convencerse, hasta donde fuese posible, del estado funcional del otro riñón: intento practicar el cateterismo ureteral del lado derecho, teniendo que desistir de mi empeño porque tal era la cantidad de pus que bajaba del riñón, que enturbiaba el líquido y hacía imposible la visión; procedo á hacer la separación intra-vesical de las orinas con el aparato de Luys, obteniendo en veinte minutos de aplicación magnífico resultado: del lado derecho, exclusivamente pus (tanto, que tuve necesidad varias veces de hacer aspiraciones con una pequeña jeringa por obstrucción de la sonda con coágulos); del lado izquierdo, orina fluida, clara y transparente.

El día 4 de Noviembre, previa anestesia clorofórmica, antisepsia de la región é inyección tres horas antes de 500 c. c. de suero normal; practico una nefrostomía clásica, mas al unificar la bolsa pionefrótica toco un cuerpo duro, que extraigo: un hermoso cálculo de composición mixta, de 3 á 4 centímetros en su mayor diámetro por 1 á 1,5 en su menor, con varias prolongaciones, fiel reflejo de la pelvis y cálices renales; suturo la abertura del riñón, excepto en el ángulo inferior, donde dejo un tubo de desagüe; sutura de músculos, aponeurosis, piel y apósito conveniente; dieta absoluta; inyección de 250 gramos de suero, que se repite durante varios días, permitiendo alimentos poco á poco, y continúa á la fecha en que esto escribo (24 de Noviembre) reponiéndose, aunque muy lentamente.

El hallazgo del cálculo hace que modifiquemos en parte la reconstitución que primitivamente hicimos de la patogenia, y claro es que á alguno se le ocurrirá preguntar: ¿y cómo pasó desapercibido el cálculo? Hoy está fuera de duda desde los trabajos de Tuffier y admitida la tolerancia de la litiasis renal aséptica; y además en esta enferma, por el hecho mismo de esta tolerancia, han faltado los dos síntomas característicos de los cálculos renales: grandes dolores y hematurias.

Yo creo, pues, que es un cálculo renal primitivo que permaneció aséptico y fué tolerado, hidronefrosis por compresión del uréter é infección por vía sanguínea consecutiva á la fiebre puerperal.

El año 1841 publica Rayer en París una obra titulada *Traité des maladies des reins*, fijando como entidad morbosa típica y definida la pielo-nefritis y demostrando cómo por lesiones de la parte inferior del aparato urinario pueden los microorganimos, ascendiendo, determinar lesión supurada del riñón; es decir, las pielo-nefritis ascendentes estaban fuera de duda, consagradas bacteriológicamente por Klebs, que fué el primero en señalar la existencia de microbios en el riñón.

En 1889 da á la luz Albarrán su tesis con el título de *Etude sur*

le rein des urinaires, poniéndose en claro la infección del riñón por vía circulatoria (pielonefritis descendente), hecho que parece caer en olvido hasta 1892, en que Reblaud presenta su trabajo acerca *Des infections des reins et du bassinet consécutives à la compression de l'uretère par l'utérus gravide*, y Rovsing el suyo bajo el epígrafe de *Etudes cliniques et expérimentales sur les affections infectieuses des voies urinaires*, en 1897; Bazy, en 1896, había publicado una *Note sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement des pyélo-néphrites suppurées*; son, pues, estos cuatro autores los que definitivamente sientan el hecho de infección renal por vía circulatoria ó descendente.

Los procesos supurados de riñón pueden afectar diversas formas: pielitis simple, abscesos aislados ó múltiples (nefritis supurada, absceso del riñón), pielitis con retención (pionefrosis) ó bien una hidronefrosis que se infecta, constituyendo una uro-pio-nefrosis; en otros casos es un cálculo que, tolerado y aséptico en sus comienzos (como en nuestra última operada), se infecta, no importa por qué mecanismo, constituyendo una pionefrosis calculosa primitiva, y viceversa, pionefrosis que por el hecho de la retención renal y fermentaciones amoniacales de la orina da lugar á la formación de un cálculo secundario. Otras veces la supuración proviene de un proceso fímico, y de la cual no trataremos aquí porque la tuberculosis renal no tiene ningún punto de contacto con la pionefrosis: en la tuberculosis renal el tratamiento es la supresión del órgano; en la pionefrosis se rinde culto en lo posible á la cirugía conservadora.

Las formas clínicas de la supuración renal podemos dividirlas también, según el predominio de sus sintomas, en

FORMAS.....	*Dolorosas.*—Tipo.....	Nefrítico. Cistálgico. Abdominal.
	Tumorales.....	Hipermegalia renal. Verdadera colección pielítica. Hipermegalia ureteral.
	Predominio de fenómenos generales.—Tipos.	De pequeña fiebre. De gran pirexia. Pirética de grandes oscilaciones. Gastro-intestinal. Caquéctica.

La variedad de formas clínicas y los síntomas, muchas veces enmascarados, pueden inducir á error en clínica, si bien es verdad que en la mayor parte de casos puede ser evitado con observación atenta de los mismos, y poniendo á contribución los numerosos y variados medios de exploración con que hoy cuenta la urología; como dice muy bien Bazy, así como es posible darse cuenta de una

manera exacta de las lesiones de un pulmón, del mismo modo, y valorando síntomas algunas veces muy desemejantes, se adquiere la certidumbre de una lesión renal.

Aunque en el cuadro anterior vemos clasificadas con cierto orden las pielonefritis, no deja de ser, como todas, una sinopsis artificial, y, por consiguiente, es difícil observar en clínica los tipos puros; lo corriente, lo lógico, es observar las pielitis con un cortejo variado de síntomas, en el que predominarán unos ú otros, pero mezclados; de aquí la necesidad de un método para llegar á un diagnóstico cierto, punto de partida del tratamiento: 1.° Interrogatorio: muchas veces inútil, da otras luz suficiente; una ligera hematuria, una pequeña piuria, una cistitis á la que no se dió importancia, intervenciones en uretra ó vejiga, un sencillo cateterismo evacuador, son datos que ponen al clínico los primeros jalones. 2.° Fenómenos dolorosos de riñón, de vejiga, abdominales; estos últimos son varios y todos de importancia: punto para-umbilical; está situado en la intersección de una horizontal que pase por el ombligo y una vertical que se eleve del punto de Mac-Burney; la presión en esta precisa zona determina un dolor muy vivo que contrasta á veces con el estado indoloro del riñón; punto infra-costal: es menos frecuente, y se observa haciendo presión inmediatamente por debajo del cartílago costal décimo; puntos ureterales inferiores: cuando se practica el tacto vaginal en la mujer (estando vacía la vejiga), y se recorre con el dedo la cara inferior de dicha vejiga, se determina en un punto de esta pared una sensación dolorosa ó el deseo de orinar; éste es el punto ureteral inferior ó reflejo urétero-vesical, que corresponde á la embocadura del uréter en la vejiga; en el hombre se pueden encontrar por tacto rectal, excepto en los casos de próstata muy voluminosa.

La fiebre, los fenómenos gástricos, el estudio de la polaquiuria nocturna, absoluta ó relativa; la piuria, los signos físicos y el análisis de orina darán en su conjunto la certeza de una infección pielo-renal.

Las pielitis simples son susceptibles de curación por tratamiento médico bien dirigido; ahora bien, todas ellas tienen tendencia á la cronicidad, y tanto es así, que en los estrechados y prostáticos por el hecho de la retención se presentan agudizaciones febriles.

En las pielonefritis simples basta, como hemos indicado, con el tratamiento médico, que comprende varios extremos: higiénico, reposo en cama; alimenticio, dieta láctea exclusiva durante largo tiempo; medicamentoso: urotropina, helmitol, agentes tónico-astringentes (jarabe iodo-tánico), derivativos al tubo intestinal y revulsión á las regiones renales; respecto á las aguas minerales, están contraindicadas las alcalinas fuertemente mineralizadas, pudiendo hacerse uso de las débilmente alcalinizadas (Evian, Wittel).

El tratamiento quirúrgico de las pielonefritis con retención (pionefrosis) está basado en tres puntos cuya solución da el método cruento á seguir; estos tres puntos son: valor fisiológico de la bolsa pielo-renal, estado de permeabilidad del uréter del lado afecto y fisiología del riñón.

El valor funcional de las retenciones renales ha sido objeto de muchos estudios por parte de Guyon y Albarrán, y he aquí textualmente lo que dicen: «Mientras que el riñón está en retención completa, su papel fisiológico, bajo el punto de vista de la secreción urinaria, es dudoso y está representado únicamente por la pequeña cantidad de líquido que diariamente se acumula en la bolsa. Desaparecido el obstáculo, las bolsas renales, aun las al parecer más destruídas, funcionan útilmente para el organismo. En una bolsa renal de retención incompleta ó completa, secundariamente abierta, la secreción se encuentra bajo la dependencia de las lesiones histológicas del parénquima renal, y por consiguiente el examen macroscópico no da exacta idea de su valor, que únicamente puede saberse por el análisis químico del líquido que segrega». Para la resolución de estos problemas conducentes al fin terapéutico, es preciso conocer los métodos de exploración de la función renal; son varios: análisis global de la orina de veinticuatro horas, separación intravesical de las orinas, cateterismo cisto-ureteral, análisis por separado de las orinas de cada uno de los riñones, eliminaciones provocadas y crioscopia de la orina.

De cada uno de ellos diremos algunas palabras más adelante, citando su técnica y valor.

La discusión durante tanto tiempo sostenida entre los partidarios de la nefrotomía y la nefrectomía para el tratamiento de las retenciones renales sépticas cesó, pasando á la categoría de cosa juzgada; la opinión es hoy unánime con las palabras de Guyon: *il faut conserver le rein le plus possible*; la nefrotomía por la evacuación del pus tiene la inmensa ventaja de hacer desaparecer la fiebre y todos los trastornos consiguientes á la retención purulenta, y únicamente se la puede tachar que en ocasiones (las menos) queden fístulas, que cierran espontáneamente en la mayor parte de casos. Conjurados los síntomas más alarmantes, ganando el enfermo sus perdidas fuerzas, puede más adelante sufrir intervenciones secundarias, desde las plásticas (urétero-pielo-neostomía, por ejemplo) hasta la supresión del órgano (nefrectomía) ó la resección del riñón.

MÉTODOS DE EXPLORACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL

Tres son los procedimientos de separación de las orinas: compresión de un uréter, recogiendo durante la compresión la orina del otro riñón; tabicamiento de la vejiga y cateterismo ureteral.

El primero está hoy abandonado justamente por sus malos é inciertos resultados, mereciendo citarse únicamente como recuerdo el compresor ureteral de Tuchmann, el de Rochet y Pellanda, el aparato de Hock y el procedimiento manual de Nicolich.

A Lambotte, de Bruselas, pertenece el honor de haber dado base científica al tabicamiento de la vejiga; actualmente, y pasando por alto los aparatos de Newmann, Harris, Downes, los que más se emplean son el separador de Luys, el divisor vesical graduado de Cathelin y el de Boddaert.

Separador de Luys.—Este aparato fué presentado por su autor en la Asociación Francesa de Urología el año 1901, y modificado al

FIG. 1.ª—Separador de Luys dispuesto para su uso.

año siguiente (figuras 1.ª, 2.ª, 3.ª y 4.ª); se compone de dos sondas metálicas, curvas, con varios ojos en la misma curvadura, y separadas una de otra por una lámina metálica de igual curvadura, á la cual se aplica una funda de goma; esta envoltura se levanta con

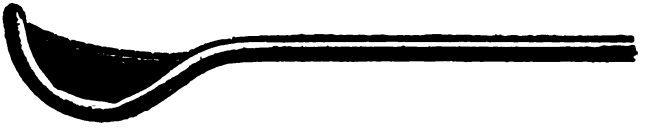


FIG. 2.ª—Membrana del separador desplegada.

una cadena movida por un tornillo situado en el mango del instrumento; de este modo queda la vejiga dividida en dos cavidades. Una vez seguro del buen funcionamiento del aparato, he aquí cómo se aplica: con anterioridad se examinará el meato y la uretra, para cerciorarse que permitirá el paso del separador (tiene un calibre correspondiente, próximamente, á un 42 Beniqué); se habrá tomado nota de la capacidad vesical, pues si ésta es inferior á 20 gramos es inútil querer hacer una buena separación; el autor recomienda

instilar en la región profunda de la uretra algunos centímetros cúbicos de solución de cocaína al 1 por 100; yo he hecho bastantes separaciones, y rara vez he necesitado esta precaución; por regla ge-

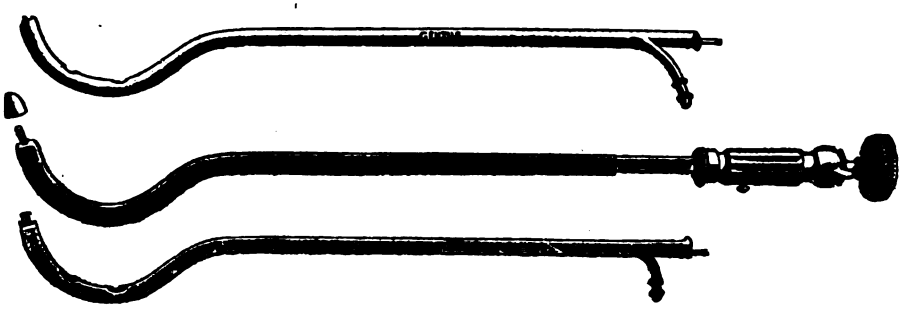


FIG. 3.ª—Separador desmontado. Sus tres piezas.

neral, es bien tolerado, y en caso de tratarse de enfermo pusilánime ó de temperamento excesivamente nervioso, hago una instilación de stovaína al 2 por 100; debe prescribirse al enfermo una irriga-

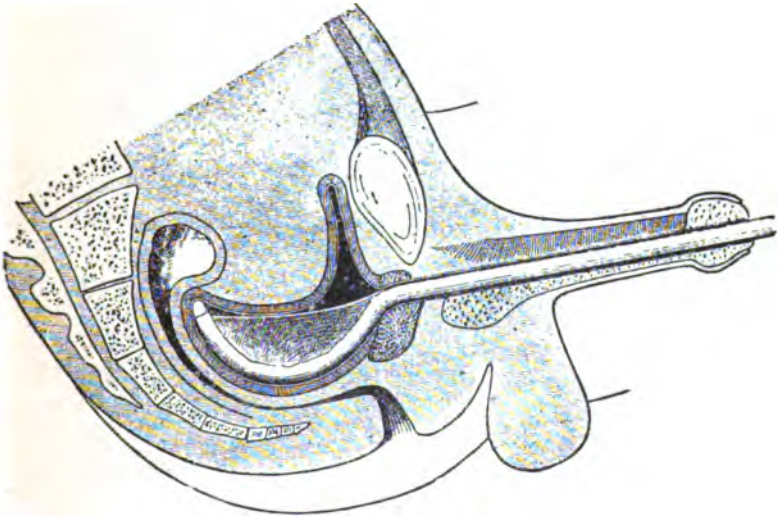


FIG. 4.ª—Separador introducido en la vejiga. Membrana desplegada.

ción intestinal previa, que desembarace el intestino de materias fecales. También tenemos la costumbre de hacer beber al paciente, veinte ó veinticinco minutos antes de la separación, de 250 á 300 gramos de agua alcalina: Mondariz, Vichy, etc.

Se lava cuidadosamente la vejiga con disolución bórica ó agua

esterilizada, dejando dentro de dicha cavidad de 20 á 30 gramos de líquido; se lubrifica con glicerina pura el extremo del instrumento, y se introduce en la mujer muy fácilmente; en el hombre, siguiendo las reglas del caterismo con instrumentos rígidos; el paciente debe estar sentado y ligeramente reclinada la espalda; y si se levanta un poco el mango del instrumento, haciendo que apoye la convexidad en el fondo de la vejiga, y tira con cuidado el operador hacia sí al mismo tiempo, el tabicamiento es perfecto, y las orinas no se mezclarán, bastando cuarenta ó cincuenta minutos para recoger suficiente cantidad para un análisis.

Divisor de Cathelin (figuras 5.ª y 6.ª).—Este aparato, basado

FIG. 5.ª—Divisor vesical graduado de Cathelin.

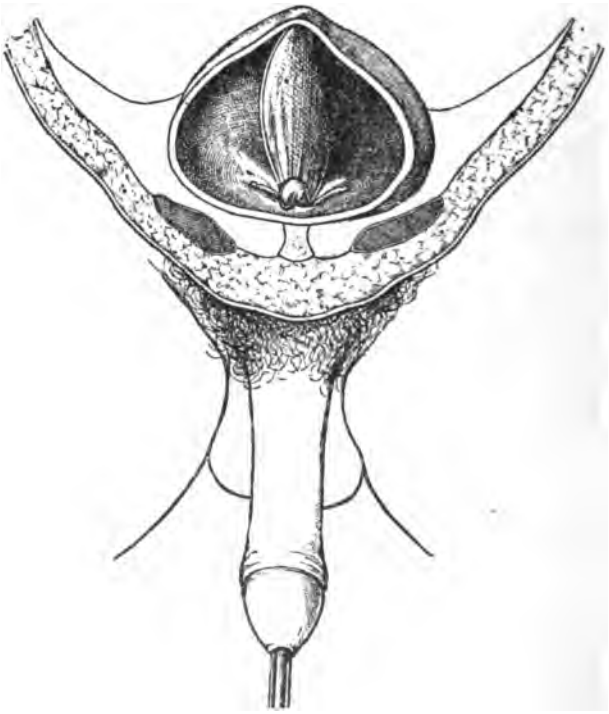


FIG. 6.ª—Corte de la vejiga aplicado el divisor.

en la introducción en la vejiga de un tabique blando, extensible y desplegable á voluntad, se compone de un tubo (calibre núm. 25 de la escala de Charrière) común que encierra otros tres, uno mediano, aplanado lateralmente, dentro del cual corre á frotamiento suave un mandrín graduado (portamembranas), en cuya extremidad vesical se fija automáticamente un resorte metálico encorvado sobre sí mismo, que al salir del tubo toma la forma de raqueta, y sobre el que va extendida la membrana divisoria. Al tirar del mandrín, se aplasta el resorte, se pliega la membrana y el todo entra en el tubo mediano como un abanico; el citado mandrín está graduado para capacidades vesicales de 10 á 300 gramos; á cada lado del tubo mediano se encuentran dos catéteres huecos, que se alojan por su extremidad vesical en dos mortajas del pico del instrumento, correspondiendo al número 8 de la escala francesa; los ojos de estos catéteres están hacia dentro, para evitar su obliteración durante el recorrido uretral; la extremidad externa de estos catéteres tiene tal curvadura, que cuando están ranversados (ó sea aparato aplicado y funcionando) se colocan en la vertical, permitiendo el buen funcionamiento del sifón; dos topes colocados en la extremidad impiden que describan un arco de círculo superior á 90° y, por ende, que hiriesen la vejiga.

Para usarlo estará el enfermo en decúbito horizontal, cabeza levantada por dos almohadas, piernas separadas y dobladas á 45°, nalgas un poco levantadas; se lava la vejiga hasta que salga completamente claro el líquido, anotando la capacidad exacta de la vejiga, deteniendo la inyección en el momento que sienta ganas de orinar el enfermo (capacidad mínima en oposición á la máxima que corresponde al deseo imperioso); seguros del buen funcionamiento, se introduce en la vejiga, y sostenido horizontalmente, se inyecta un poco de agua por cada una de las sondas, volviéndolas hasta que el extremo externo sea vertical, y tirando un poco hacia sí del instrumento para que se aplique al cuello vesical; entonces se empuja lentamente el mandrín como el émbolo de una jeringa, deteniéndose en la cifra correspondiente á la capacidad vesical, manteniéndola en posición hasta recoger la cantidad de orina necesaria.

Divisor de Boddaert (figuras 7.ª y 8.ª).—Este separador tiene la forma de un catéter metálico curvo recubierto en su extremidad vesical de una camisa de caucho fija por un hilo de seda, y construído de tal manera que una vez en la vejiga la rama inferior, compuesta de una serie de uñitas articuladas, aumenta de curvadura y despliega la membrana por el movimiento de rotación que se imprime al volante situado en la extremidad libre. Como se ve, es muy análogo al divisor de Cathelin, teniendo las sondas en igual disposición que las de éste.

Cateterismo ureteral.—No es mi ánimo ni mi objeto hacer una historia retrospectiva del cateterismo de los uréteres, operación que cuenta con tres métodos: 1.° Sin endoscopia ni cistoscopia (Pawlick). 2.° Endoscópico de luz refleja (Howard Kelly). Y 3.° Cistoscópico de luz directa (Brenner, Boisseau du Rocher, Nitze, Casper, Freudemberg, Albarrán, Bierhoff). Me limitaré tan sólo á describir

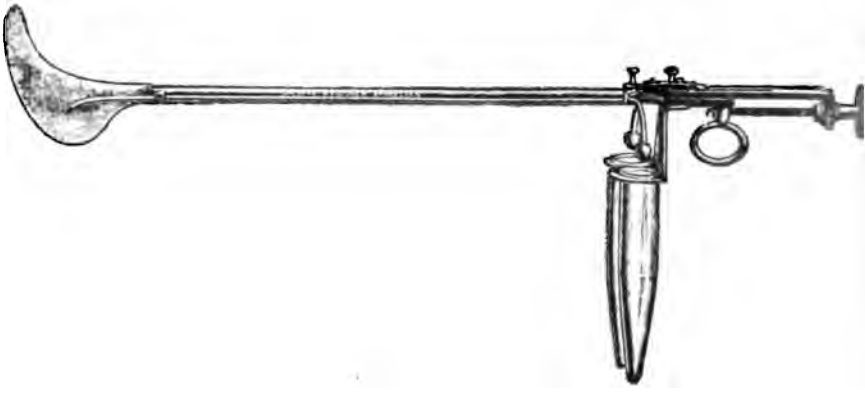


FIG. 7.ª—Divisor vesical graduado de Boddaert. Membrana desplegada.

los más usados hoy y que comúnmente y á diario empleamos con los enfermos, ya en la práctica particular, ya en la numerosa del dispensario de Urología del Instituto Rubio; el que de preferencia usamos por sus magníficos resultados es el cistoscópico de luz directa

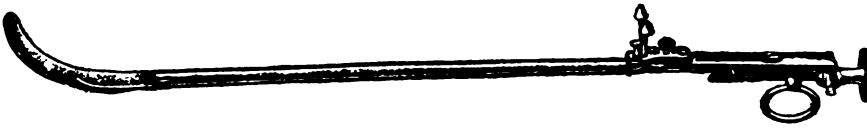


FIG. 8.ª—El mismo. Membrana recogida.

por medio de los cistoscopios de Albarrán y Nitze (construído el primero por la casa Collin, de París, y el segundo por la de Loewenstein, de Berlín), suministrándonos la corriente eléctrica una batería (1) transportable de acumuladores (que hoy construye perfectamente la casa Torcida y Compañía, de Madrid) susceptibles de cargarse de la corriente urbana en cualquier domicilio; usamos casi continuamente el de Nitze porque nos ha demostrado la práctica la

(1) En las clínicas particulares y hospitalarias se toma el fluido de cuadros adaptados á la corriente urbana, provistos de reostatos y combinados para endoscopia y cáustica. La casa Gaiffe, de París, los construye á completa satisfacción: yo por lo menos puedo dar fe del que he visto funcionar en la clínica de Urología que recientemente ha inaugurado el Dr. Cathelin en el núm. 159 bis de la Avenue Suffren, de París.

superioridad de la porción óptica de los cistoscopios alemanes sobre los franceses, da una luz vivísima y yo lo he mantenido varias veces dentro de la vejiga de distintos enfermos un cuarto de hora y

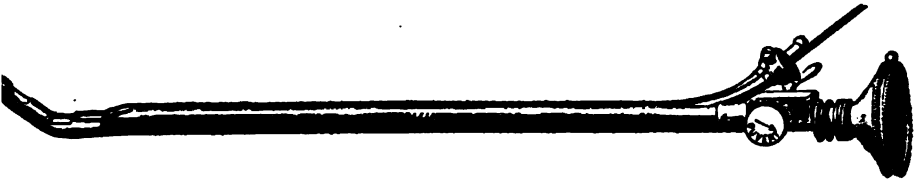


FIG. 9.—Cistoscopio para cateterismo ureteral de Albarrán.

más, sin que protesten y sin que el pico del instrumento (donde va la lámpara) se caliente de un modo sensible; el cateterismo ureteral, tal como hoy lo practicamos, consta de varios tiempos: preparación

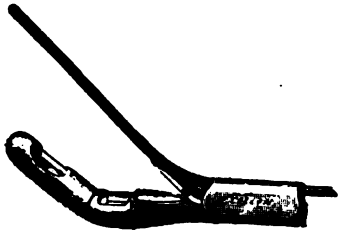


FIG. 10.—Detalle de la extremidad vesical del cistoscopio de Albarrán.

del enfermo, ídem del instrumento, introducción del cistoscopio, enfoque del orificio ureteral y enfile de la sonda, introducción de la misma en el uréter, retirada del cistoscopio y mantenimiento de la

FIG. 11.—Cistoscopio para cateterismo ureteral de Nitze.

sonda en su sitio (1). El enfermo debe tener el canal uretral lo suficientemente amplio para el paso de una sonda núm. 25 (calibre

(1) La inspección de las figuras 9, 10 y 11 me dispensa la larga descripción de los cistoscopios de Nitze y Albarrán.

aproximado del cistoscopio), y bien lavado, se introduce una sonda de Nélaton ó acodada para limpiar la vejiga hasta que salga claro el líquido, lo cual conseguido, se retira la sonda dejando dentro de 100 á 150 gramos de agua esterilizada, se engrasa con glicerina y se introduce, en la mujer, presentando el pico al meato y el mango en alto; una vez franqueado, se baja dicho mango y penetra muy fácilmente; en el hombre, siguiendo las reglas de cateterismo con instrumentos metálicos, un ayudante sostiene la sonda ureteral para evitar el contacto con los objetos cercanos: es natural cerciorarse antes bien del funcionamiento perfecto de todas las partes constitutivas del cistoscopio.

El instrumento es introducido lo bastante para que su extremo quede libre en la cavidad vesical; dásele un movimiento de rotación

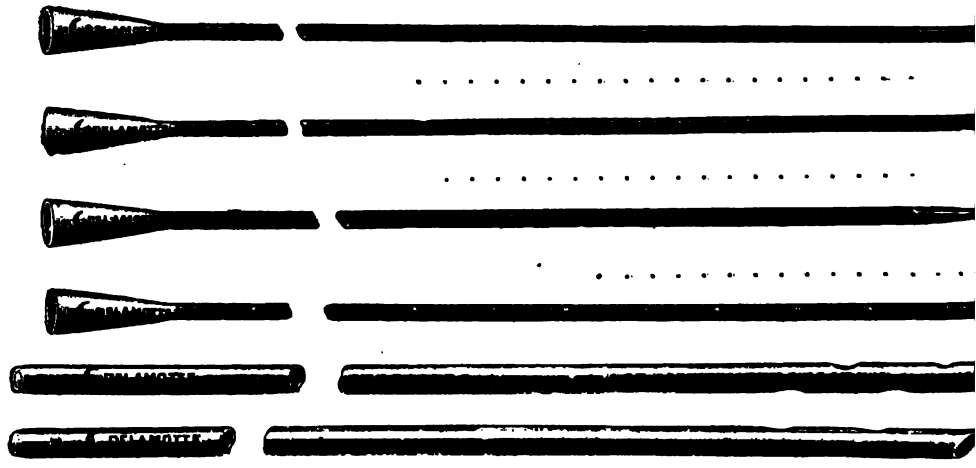


FIG. 12.—Diferentes modelos de sondas ureterales.

de modo que el pico vaya hacia abajo y afuera (inclinación próximamente de 30 á 35° sobre la horizontal), y establecido el contacto para encender la lámpara, casi siempre se ve el meato ureteral en esa zona, otras veces hay que tantear más ó menos á izquierda ó derecha, atrás ó adelante, y aun en ocasiones en que me ha sido imposible ver al pronto el orificio por estar escondido tras un repliegue de la mucosa, hallarlo más tarde teniendo paciencia para sorprender una eyaculación de orina; una vez enfocado el uréter, se sostiene el cistoscopio con la mano izquierda, y con la derecha se va empujando lentamente la sonda ureteral (figuras 12, 13, 14 y 15), cuyo pico baja ó sube maniobrando la pequeña uña que la mueve por medio del volante que existe en el mango, hasta que la veamos

penetrar en el uréter, teniendo en cuenta que para hacer un recogido de orina basta con introducirla 8 á 10 centímetros.

Una vez la sonda colocada, se baja la uñita, se apaga la lámpara

FIG. 13.—Vista cistoscópica del orificio ureteral normal.

y se retira el cistoscopio, sosteniendo y empujando un poco la sonda hasta que el pico del instrumento aparezca en el meato, en cuyo momento basta con cogerla al nivel del orificio de salida del cistoscopio

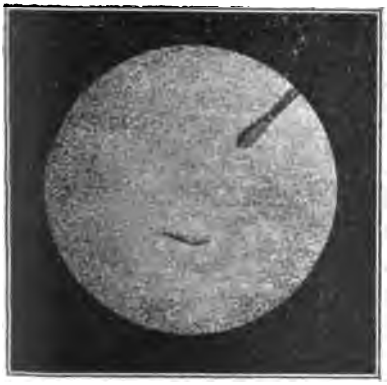


FIG. 14.—Pico de la sonda dirigido hacia el orificio ureteral.

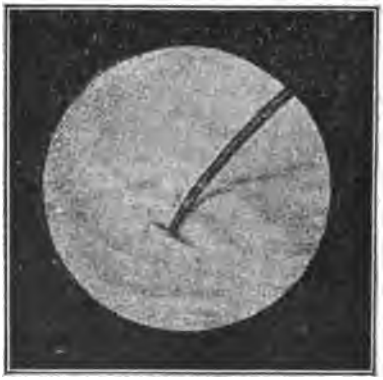


FIG. 15.—Sonda penetrando en el uréter.

y retirar éste definitivamente; acto seguido se introduce una sonda de Nélaton en la vejiga, y de este modo con la sonda ureteral recogemos la orina de un riñón y con la vesical la del opuesto.

Mencionaremos también el cistoscopio de visión directa de Luys

(figuras 16 y 17), que verdaderamente no ha respondido á las esperanzas que su autor había concebido, al menos en nuestras manos y en diferentes veces que hemos intentado usarlo (1).

Por de contado que todas estas maniobras instrumentales han de

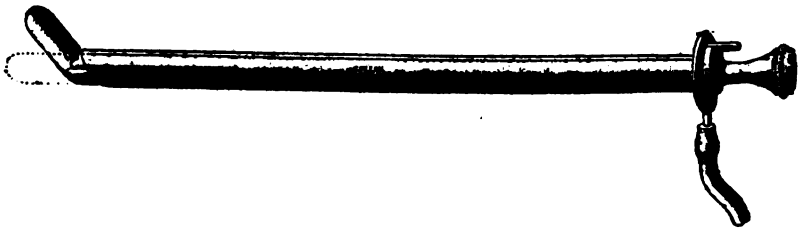


FIG. 16.ª—Tubo para hombre, del cistoscopio de visión directa de Luys.

practicarse con las reglas de asepsia que son de rigor, usando nosotros para la esterilización de todos estos instrumentos la estufa termo-formógena de Albarrán, que llena cumplidamente y á satisfacción su objeto.

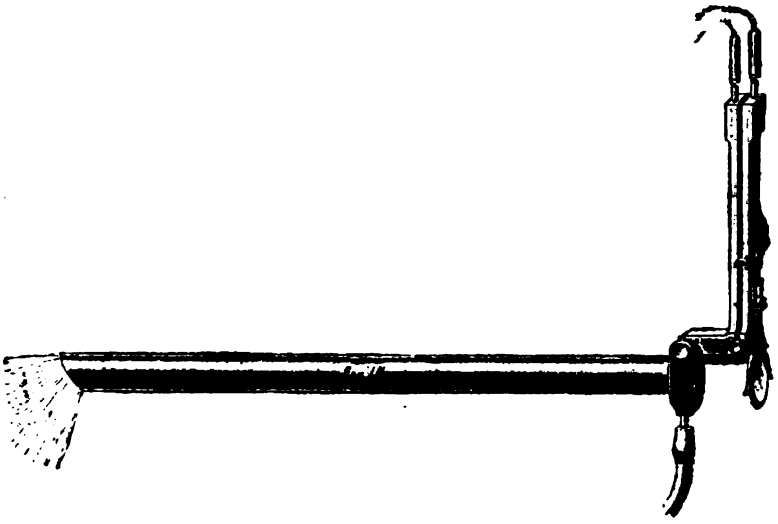


FIG. 17.—Cistoscopio de visión directa de Luys, provisto de mango, lámpara y lente.

Tres objetos puede llenar el cateterismo ureteral: 1.°, como maniobra preoperatoria, es buena práctica sobre todo en las operaciones ginecológicas en cavidad abdominal, cateterizar los uréteres,

(1) Además del gran inconveniente de dar un campo de visión sumamente limitado, como este cistoscopio se emplea estando la vejiga en completa vacuidad, es muy difícil encontrar el meato ureteral entre los repliegues de la mucosa.

evitando de este modo las heridas de estos conductos; 2.°, bajo el punto de vista diagnóstico de lesiones ureterales y renales; y 3.°, como medio terapéutico en las estrecheces ureterales, sonda ureteral permanente contra las fístulas renales y para hacer directamente lavados de la pelvis renal, aunque, á decir verdad, se ha exagerado respecto á este último punto, para erigirlo como método terapéutico.

Ventajas é inconvenientes del cateterismo ureteral y de los separadores de orina.—El primero es el medio más seguro para hacer la separación de orinas, y ya por sí solo esto nos demuestra su valor; claro es que su empleo tiene restricciones que dependen del enfermo (yo entiendo que no es inconveniente el que su técnica requiera aprendizaje más ó menos largo; esto, como todas las cosas, es cuestión de hacerlo mucho; para empezar, en los fantomas vesicales, y en cuanto se haya aprendido á mirar, hacerlo en el vivo), como, por ejemplo, imposible en niños por pequeño calibre uretral, difícil en vejigas poco tolerantes (cuando menos se necesita de 70 á 80 gramos de capacidad vesical), grandes hematurias, posibilidad relativa de llevar una infección al riñón (accidente que no he observado en los muchos enfermos en que lo he practicado), y próstata muy grande haciendo relieve en la vejiga. El único accidente que he observado fué este último verano en una enferma, á la que hice el cateterismo del uréter derecho, y que tal fué el espasmo de dicho conducto que determinó un verdadero ataque de cólico nefrítico, que cedió á los tres ó cuatro días con inyecciones de morfina, dieta láctea y aplicaciones calientes, sin dejar ulteriores consecuencias. Por lo que queda dicho se desprende que la separación intravesical de las orinas vive de las contraindicaciones del cateterismo ureteral, y apuntemos la ventaja, en favor de los divisores graduados, de su aplicación aun en vejigas muy pequeñas.

Método de las eliminaciones provocadas.—Muchas son las sustancias empleadas para estudiar la eliminación renal: azul de metileno, floridzina, rosanilina, carmín índigo, ioduro potásico, salicilato de sosa, etc.; entre éstos los dos primeros son los usados, porque á pesar de sus defectos dan una idea más aproximada del funcionamiento del riñón.

Azul de metileno.—Su empleo se funda en el siguiente hecho: introducido en el torrente circulatorio, se reduce al estado de leucoderivado incoloro; á su paso por el riñón se oxida y vuelve á su estado primitivo, dando coloración á la orina; mas téngase en cuenta que, á pesar de integridad renal, puede no reconstituirse al atravesar el citado órgano y eliminarse en forma de derivado incoloro (cromógeno de Achard y Castaigne), siendo preciso evidenciarlo añadiendo á la orina ácido acético ó cloroformo y calentando.

Técnica.—Se inyecta en la nalga ó en la piel de uno de los flancos un centímetro cúbico de solución de azul de metileno al 5 por 100 en agua destilada y esterilizada á 110° (con anterioridad se habrá recogido la orina que el enfermo expulse durante veinticuatro horas, y en el momento de la inyección se hace orinar al paciente ó se le sonda); se van recogiendo en recipientes distintos las orinas, al principio cada media hora, después cada hora, y, por último, en mayores intervalos, hasta que el azul desaparezca de la orina, dosándose la cantidad eliminada por el método de Achard y Clerc, consistente en: se toman dos vasos grandes ó iguales, en uno de los cuales se vierten 25 c. c. de la orina azul previamente hervida con ácido acético, y añadiendo agua hasta obtener un tinte verde pálido; en el otro vaso se echan 25 c. c. de la orina recogida antes de la inyección, y se añade la misma cantidad de agua que en el primero; después en este segundo vaso agrégase con precaución, y agitando constantemente, una solución de azul de metileno al 1 por 10.000 contenida en una bureta graduada, deteniéndose al obtener igualdad de coloración en los dos vasos y anotando la cantidad de solución empleada que corresponde precisamente á la materia colorante contenida en los 25 c. c. de orina emitida durante veinticuatro horas después de la inyección, permitiendo un sencillo cálculo conocer la cantidad total de azul eliminado en dichas veinticuatro horas.

En la eliminación del azul de metileno hay que estudiar: el principio de la misma, intensidad, ritmo, duración y forma (véase para detalles la obra de Albarrán titulada *Exploration des fonctions rénales*, París, 1905).

Un valor muy relativo se puede conceder á esta prueba, pues yo he observado algunos casos de enfermedades graves de riñón con eliminación normal; sin embargo, siempre que exista retardo en su aparición, disminución de la intensidad y eliminación prolongada, puede pensarse en lesiones bilaterales; unida esta prueba al cateterismo ureteral, tiene más valor.

Floridzina.—El uso de este glucósido (extraído de la corteza de raíz del manzano) se funda en la propiedad que tiene de producir glucosuria transitoria una vez absorbida por el organismo, que parece ser debida á acción bioquímica de las células renales sobre dicho cuerpo, probando de este modo, no sólo la función de filtro del riñón, sino también la glandular; seguros de que la orina del enfermo no tiene glucosa, se inyecta subcutáneamente un centímetro cúbico de solución esterilizada de floridzina al 1 por 200; normalmente aparece el azúcar en la orina á la media hora, dura de dos á cuatro horas, variando la cantidad eliminada de un mínimum de 50 centigramos á un máximum de dos gramos y medio.

Lo mismo este método que el anterior tienen poco valor por sí solos; se deben unir la prueba del azul y floridzina con el cateterismo ureteral ó la separación intravesical de las orinas, procedimiento que nosotros seguimos con buenos resultados.

Crioscopia de la orina. — Tiene por objeto este método evaluar la cantidad exacta de sustancias disueltas que contiene, y está basado en las leyes de Raoult, las cuales establecen que la concentración molecular de un líquido está en relación con su punto de congelación; así, pues, la determinación del descenso del punto de congelación de la orina nos dará datos muy importantes respecto á su concentración, y por consiguiente la revelación del funcionalismo renal, siendo factor aún más valioso la determinación del punto de congelación de la sangre, adoptándose el signo Δ para el punto de congelación de la orina, y el signo δ para el de la sangre. El punto de congelación de la orina, al igual que su concentración, está sujeto á grandes variaciones: según Lindemann, es de —1°,3 á —2°,3; según Koranyi, —1°,3 á —2°; y según Albarrán, —1°,5 á —2°; el conocimiento del valor Δ es mucho más importante cuando se determina por separado en la orina de cada riñón; el punto de congelación de la sangre del hombre sano es 0°,56, más bajo que el del agua, y es cifra tan constante, que apenas sufre alteraciones de 0°,01. Los distintos procedimientos de crioscopia cuyos cálculos están basados en simples hipótesis no dan realmente resultados más seguros que los métodos más arriba enumerados para apreciar la función renal.

Resumiendo: en el estado actual de la ciencia, y pasada una ligera revista á los modernos métodos de exploración, no se puede dar una regla fija, precisa y definida, ni menos ser exclusivista y sistemático en la aplicación de los mismos; lo único que cabe es decir: nosotros ucamos tal ó cual procedimiento, según el caso, y nos da resultado; análisis global de la orina de veinticuatro horas, cateterismo ureteral, y cuando sea materialmente imposible, división intravesical combinada con la prueba del azul de metileno y la floridzina, es nuestra práctica para llegar á la certeza (hasta donde es posible en clínica) del funcionamiento del riñón.

Madrid, Noviembre 1907.

EL MECANISMO DEL DOLOR ABDOMINAL

Por el Dr. R. Martín Gil

La revista *Edimburgh Medical Journal* publica la comunicación que el profesor Lennander, de Upsala, ha hecho á la Asociación Médica Americana acerca del importante asunto del dolor abdominal, sobre todo con relación al íleus.

Ya van siendo bien conocidas las causas generadoras del dolor en el abdomen, y el Dr. Lennander, afirmándose en ellas, ha hecho sus estudios, para llegar á comprobar que el dolor se transmite por los nervios espinales: el frénico, el sexto par intercostal, el lumbar y el sacro. Los órganos del abdomen tienen su sensibilidad recibida por la inervación del vago y del simpático.

Las más fuertes corrientes farádicas, aplicadas al hígado mismo, no producen dolor alguno, y este cirujano ha cortado la vejiga de la hiel por cerca de su conducto cístico sin ocasionar dolor al enfermo; pero cuando ha doblado el hígado sobre sí, comprimiendo los conductos biliares, de modo que estiraba los nervios espinales de la pared abdominal, ocasionaba un vivo dolor.

El estómago, los intestinos, el hígado y la vejiga de la hiel no solamente carecen de nervios para el dolor, sino también para las otras tres variedades de sensibilidad: presión, frío y calor. Lo mismo confirma este cirujano que el peritoneo parietal anterior es el único que posee la sensibilidad del dolor, y carece del sentido de la presión al calor y al frío. Sus observaciones están en favor de la especificidad de los nervios que transmiten el dolor, cuya condición es idéntica á la de otros órganos, como la córnea, por ejemplo.

La irritabilidad de los nervios del dolor del peritoneo parietal anterior se aumenta considerablemente en los casos de peritonitis ligera. Lo mismo acontece con los movimientos del estómago, intestinos y mesenterio, que al rozar el peritoneo se excitan mucho los filetes nerviosos existentes en él y en su capa subserosa.

En las perforaciones de estómago é intestinos, ese dolor súbito lo produce el contacto de los líquidos derramados en el peritoneo, lo mismo que el dolor paroxístico de la úlcera gástrica lo engendran los movimientos de este órgano, rozándose con el peritoneo, y por la hiperestesia que produce la linfagitis de la úlcera.

De igual modo las contracciones de un segmento intestinal cualquiera que tenga adherencias peritoneales producen dolor, á veces de una gran intensidad.

Así es seguro que en los casos de destrucción, cuando es por motivos de adherencias ó por bandas mesentéricas, el dolor es igualmente violentísimo. El Dr. Wilms asegura que si un asa intestinal se contrae sobre su contenido en punto próximo á una obstrucción, ésta tiende á hacerse más completa, lo mismo que acontecerá con una tripa en que se hicieran embutidos por porciones.

El Dr. Lennander, al practicar algunas laparotomías, ha introducido el dedo en el abdomen de muchos enfermos, sin que éstos sientan dolor, estando disipada por completo la anestesia general; pero tan pronto como comprimía la serosa peritoneal, el dolor se

produce en grados diferentes, según la sensibilidad individual ó la suma de compresión. Los enfermos describen esta sensación «como si tuvieran un cólico ó si el intestino se encontrara grandemente distendido por los gases». Por esto el referido cirujano cree que lo mismo un cambio de posición de asas intestinales que la compresión sobre el peritoneo parietal son causas de dolor, el cual llega á ser tan intenso en algunos movimientos peristálticos del intestino, en el íleus y en las perforaciones del aparato digestivo.

El dolor en las enfermedades hepáticas sólo se produce al paso del contenido biliar por los conductos cístico y colédoco; el hígado y la vejiga de la hiel son insensibles, puesto que carecen de nervios transmisores del dolor.

UN PLAN PARA EL ESTUDIO DEL HOMBRE

Por Arthur Mac-Donald Washington, D. C.

Presidente honorario del III Congreso internacional de Antropología criminal de Europa.

El más importante de todos los estudios es indudablemente el que se refiere al hombre mismo, tal cual hoy día está constituído.

Una investigación científica sobre el hombre debe basarse en primer lugar sobre el individuo como unido al organismo social.

Si nosotros podemos tener suficientes y definidos conocimientos de la vida humana por constituir una *ciencia*, esto puede conseguirse sólo por el estudio cuidadoso de muchos individuos.

Cuanto más perfecto sea el estudio y mayor el número de investigaciones, mayores beneficios pueden aportarse á la vida social.

Como en maquinaria es necesario reparar los engranajes, así en sociedad debemos estudiar primero el criminal, impetuoso, insano, embriagado ó indigente, que puede acometer seriamente á los individuos de la comunidad. Así un cobarde é indigno impulsivo puede asesinar á un ciudadano eminente y perjudicar y paralizar la vida social.

Los trastornos por tal concepto pueden ser enormes. Los Estados gastan millones en prender, juzgar y cuidar estos criminales, pero gastan muy poco en averiguar las causas que conducen al crimen.

Para que el estudio de este asunto pueda ser de gran utilidad, debe dirigirse primeramente á las causas del crimen: pauperismo, alcoholismo, degeneración y otras formas de anormalidad. Este estudio debe hacerse naturalmente sobre el mismo individuo, pero des-

de la niñez y la juventud, porque no hay otro remedio para mejorar el mundo que estudiarlo desde sus principios.

El mejor método de estudio de los niños y adultos es el laboratorio, hechas las averiguaciones con instrumentos de precisión en relación con los datos que se van á averiguar. Tales averiguaciones consisten en recoger datos de la vida, costumbres, manera de ser de los chicos de las clases indigentes y de los hospitales. Estas medidas y datos no son útiles solamente á los psicólogos, psico-físicos y antropólogos, sino á los fisiólogos y patólogos.

Pero en realidad, ¿es útil el estudio de tales cuestiones? Creemos que no solamente es útil, sino que es absolutamente necesario. De la misma manera que para el estudio de las rocas y los minerales debemos analizar su composición, y lo mismo hacemos con las plantas para así formar mejor juicio de la corteza terrestre, así para conocer mejor al hombre debemos empezar por estudiar primeramente al niño. Ha llegado el tiempo que el hombre debe ser estudiado *tal cual es*, como una parte que forma del conjunto de la naturaleza.

Mucho dinero se ha gastado en buscar, por ejemplo, los elementos que componen un planeta desconocido. Levantamos estatuas, formamos grandes museos de pinturas. Todas estas cosas puede ser que no sean inmediatamente útiles. Verdaderamente el más alto arte parece que excluye la idea de utilidad. ¿Cuándo nos proponemos hacer el estudio de un niño, ganar algún punto obscuro en su naturaleza, encontrar las causas de sus defectos, protegerle contra los malos hábitos y hacer de él un buen ciudadano?

Es ya hora de que empecemos los estudios experimentales en los niños, como investigamos los elementos químicos de un mineral ó medimos las montañas de la luna.

Si estas averiguaciones y estudios son ó no importantes, nosotros desearíamos saber qué cosa hay más importante en la vida que el estudio del hombre mismo.

ALGUNAS CONCLUSIONES REFERENTES Á LOS CRIMINALES

Las siguientes conclusiones están basadas no tanto en estudios experimentales como en la experiencia de aquellos que han estudiado directamente á los criminales ó de quien ha practicado comprobaciones en gran número de prisiones ó correccionales.

1.° La prisión debe ser un correccional, y el correccional una escuela. El principal objeto debe ser buena enseñanza mental, moral y física. Es decir, *buena educación*.

2.° Es un mal negocio, financiera, social y moralmente, dejar á

un prisionero en libertad, cuando hay probabilidades de que vuelva á la cárcel.

3.° La sentencia determinada permite poner en libertad á muchos individuos que se sabe moralmente que han de volver al encierro. La sentencia indeterminada es el mejor medio de poder libertar al prisionero cuando esté corregido, sin exponer á la sociedad á daños innecesarios.

4.° El principal fundamento para aprisionar á los criminales es que *son dañosos para la sociedad*. Este principio evita la incertidumbre que podríamos tener al limitar la libertad ó la voluntad. Porque teniendo sólo esto en cuenta, los más brutales crímenes podrían sólo tener un castigo insignificante. Si vemos un tigre en la calle, la principal cuestión no es su grado de libertad, de voluntad ó de culpa. Cada hombre que es dañoso á la vida de los demás, por insana criminalidad ó pobreza de ménte, debe ser confinado, pero no necesariamente castigado.

5.° La publicación en los periódicos diarios de detalles de los criminales y fotografías es hacer un daño positivo á la sociedad por la ley de la imitación, haciendo por añadidura jactarse al criminal de su crimen y desarrollando la curiosidad morbosa de la gente. Las mentalidades débiles y los tibios en moralidad son principalmente afectados.

6.° Es admitido por algunos de los más inteligentes criminales, y por los guardadores de cárceles en general, que el criminal es un loco porque se opone á la mejor, mayor y más fuerte porción de la sociedad y está seguro de un día ú otro caer.

Razones por las cuales deben establecerse, por el Gobierno y dotaciones particulares, laboratorios para el estudio de las clases anormales.

Resumen de conferencias dadas por el autor ante el Senado del Comité de Negocios de Nueva York, y ante los representantes del Comité Judicial de los Estados Unidos.

ESTABLECIMIENTO DE UN LABORATORIO PARA EL ESTUDIO DE CRIMINALES, POBRES Y CLASES MENESTEROSAS

Debe fundarse un establecimiento para el estudio de las clases anormales, y los trabajos deben consistir, no solamente en investigación de laboratorio, sino en la recolección de datos sociológicos y patológicos tomados en los hospitales, cárceles, hospicios y demás sitios donde se albergan gentes menesterosas. Este laboratorio debe estar á cargo de un director, con tres mil duros anuales, el cual

debe hacer todos los años un resumen de los trabajos ejecutados, y publicarlo. Al director debe ayudarle un psicólogo, con dos mil duros; un traductor, con uno á dos mil duros; un taquígrafo y un mecanógrafo, con mil duros. Para todo, además del buen local, se requiere una renta de siete mil duros.

Puede fundarse con algo menos, limitándose á un director y un ayudante, pero es poco.

La idea primordial que debe guiar á los Estados y ciudades es preocuparse de la salud moral de la gente tanto como de su salud física. Tal trabajo es fundamentalmente humanitario.

El asunto merece, pues, por su gran importancia, el apoyo de los Gobiernos y de los particulares pudientes, pues las estadísticas de la criminalidad en estos últimos treinta años demuestran que los suicidios, crímenes y otras formas de vesanias han aumentado en mayor proporción que la población toda.

RESULTADOS PRÁCTICOS

En cada nuevo trabajo que se emprende es imposible predecir los resultados del mismo, pues es un axioma en ciencia y en sociología que ningún daño puede ser permanentemente disminuído mientras sus causas no sean primero estudiadas, y que este estudio produce siempre resultados prácticos. Por ejemplo: el estudio sistemático de las causas del cólera ha dirigido la atención al tratamiento del mismo una vez la causa averiguada. Si es imposible por ahora directamente destruir la causa, no por eso el estudio ha sido inútil; al contrario, por lo menos ha servido para preservar del contagio y hacer que la enfermedad vaya alejándose. Como hacemos con esta enfermedad, debemos hacer con el padecimiento social llamado crimen.

Las ventajas de este estudio son:

1.° Adquirir un conocimiento más positivo de los daños sociales. Tal conocimiento puede ser una base para modificar las leyes defectuosas adaptándolas á las condiciones presentes.

2.° Averiguar si existen ó no características físicas y mentales que distingan al criminal niño del que no lo sea. Tales conocimientos pueden, en lo sucesivo, prevenir á los niños de las malas consecuencias de la contaminación con otros malos.

3.° Averiguar si hay ó no características físicas y mentales que distingan á los criminales habituales de los ocasionales. Con tal conocimiento podemos impedir el contacto de los ocasionales con los habituales en las prisiones, é impedir muchos daños.

4.° El estudio de un gran número de criminales puede dar un

conocimiento definitivo de cómo comienza el crimen, cómo se desarrolla, cómo se extiende su influencia alrededor, su naturaleza interna, etc. Lo cual puede hacer posible una aplicación racional de remedios para evitar estos daños.

5.° El muy exacto conocimiento de las clases anormales puede hacer mejorar nuestras instituciones. Tales estudios deben llevar á una más perfecta educación y á un mayor interés por el conocimiento de las clases pobres.

6.° Deben hacerse completas estadísticas de las clases anormales, no estadísticas aisladas ó extractos de estadísticas, que son muchas veces rechazados por los Gobiernos.

7.° La mayor parte de los recluídos en reformatorios y prisiones son normales. Un conocimiento más profundo de ellos puede beneficiar á la comunidad. Un estudio científico del carácter moral puede conducir á mejorar las instituciones.

8.° Coleccionar los datos tomados en los distintos penales de las naciones, para uniformarlos y sacar consecuencias generales.

9.° Disminuir los gastos enormes que hacen los Estados con las clases anormales, estudiando las causas de los daños que ocasionan, para tratar de evitarlos.

10. Crear inspectores de moral (que pueden ser médicos) para estudiar estos asuntos y proteger á las ciudades, Estados y naciones del crimen, pauperismo, alcoholismo, degeneración, vicio y otras formas de anormalidad.

El cuidado, sostenimiento y dirección de estos anormales debe ser del objeto de las ciudades, Estados y confederaciones.

El gran progreso alcanzado ya por la investigación de las enfermedades físicas en los centros que dependen del Estado, induce á hacer las mismas aplicaciones, con similares métodos de estudio, á las enfermedades morales y sociales. La necesidad de prevenirlas ó disminuirlas es mucho más urgente.

Una de las principales razones por la cual los gobiernos deben comenzar por estos estudios es que la gente maleante son sus mayores enemigos, y aun cuando se hacen y han hecho muchas cosas para prevenir y evitar estos males, todo esto puede decirse que es más bien puramente *paliativo*, y no va al fondo, á la raíz del mal.

Una nueva orientación de este trabajo, de gran interés para los que aman la verdad, es la aplicación de los resultados y métodos de antropología, psicología, medicina, sociología y otras ciencias á las clases inferiores y anormales, constituyendo esto un estudio nuevo de síntesis, cuya aplicación puede hacerse tanto á los normales como á los anormales, pues en los correccionales, como ya hemos dicho, la mayoría de los reclusos son normales, debiendo su actual

situación á desgraciadas condiciones externas que les han rodeado, más que á las internas que inducen al crimen.

Respecto á los anormales, los hay que en determinados órdenes son normales; sólo tocándoles á ciertos asuntos llegan á desbarrar (como Don Quijote). Otro punto que parece comprobado es la disminución de la sensibilidad para el dolor de los criminales, de diferentes condiciones sociales y mentales.

MEDIDA DEL DOLOR

1.° En general, la sensibilidad para el dolor decrece con la edad. La región temporal izquierda es más sensible que la derecha. Esto está en relación con los experimentos, en que la mano izquierda es más sensible al dolor que la derecha.

2.° Las niñas de los colegios particulares, que son generalmente de padres débiles, son mucho más sensibles al dolor que las niñas de las escuelas públicas. Parece, pues, que los refinamientos y el lujo tienden á aumentar la sensibilidad. La vida de endurecimiento parece resultar ventajosa. Esto está también en relación con nuestras anteriores observaciones, que las clases no trabajadoras (profesionales y mercantiles) son más sensibles al dolor que las trabajadoras (trabajos mecánicos).

3.° Las mujeres de universidad son más sensibles que las de los almacenes, pero menos que las de negocios. Parece, sin embargo, que no siempre hay relación entre el desarrollo intelectual y la sensibilidad al dolor. La menor sensibilidad al dolor parece ser debida al endurecimiento en los primeros años de la vida.

4.° Las mujeres educadas por sí mismas, que no han asistido á las universidades, son más sensibles al dolor que las que se dedican á los negocios. La mayor sensibilidad de las que se educan á sí mismas sobre las que acuden á la universidad puede depender de la mayor tensión en que ponen las primeras el sistema nervioso para adquirir los conocimientos.

5.° Las niñas de las escuelas públicas son más sensibles que los niños de todas las edades. Esto está conforme con nuestras anteriores averiguaciones, en las que las mujeres son más sensibles al dolor que los hombres. Pero esto no debe referirse necesariamente al endurecimiento para el dolor. Para averiguar esta sensibilidad para el dolor nos valemos del tacto, de los nervios sensitivos y de la idea.

Empleamos un *algómetro,* que es un aparato parecido á una jeringa, con un vástago de acero y un resorte. Según se apriete el vástago más ó menos, así produce mayor ó menor molestia en las

sienes, que es donde lo aplicamos. Tiene unos 30 centímetros de longitud el aparato. El objeto es percibir cuándo llega á producir molestia ó dolor.

ESTUDIOS DE CRIMINALES JÓVENES

El estudio científico del crimen debe comenzar por el estudio de los criminales jóvenes. Creemos de interés y de valor dar un resumen de estos estudios. Uno de ellos consiste, principalmente, en la observación de los defectos físicos de 65 jóvenes. Otro es un estudio más general en un reformatorio de 200 chicos de seis á doce años de edad. El tercero es un estudio especial de los criminales que podríamos llamar congénitos. Aun cuando los resultados son incompletos, confiamos en que esto puede servir de pauta y estímulo para ulteriores investigaciones.

ALGUNOS DEFECTOS FÍSICOS DE 65 JÓVENES CRIMINALES

El cuadro núm. 1 da el porcentaje en orden de frecuencia de algunos defectos físicos de 65 jóvenes criminales.

Algunos de estos defectos son normales en las razas inferiores y en los animales, y favorecen la teoría que el criminal es una reversión á un tipo inferior. Lo que no cabe duda es que estos criminales tienen más defectos físicos que la gente en general, aun cuando podemos decir que mucha gente de la considerada normal no ha sido estudiada para establecer la debida comparación. Un estudio serio y formal de la vida del hombre no se ha hecho.

Cuadro 1.º

POR CIENTO	DEFECTOS	POR CIENTO	DEFECTOS
75	Brazos en proporción más largos que la altura del cuerpo.	37	Antitrago grande.
68	Proyección de la mandíbula inferior.	37	Hélix rudimentario ó ausente.
68	Defectos del paladar.	35	Labios gruesos.
65	Orejas hacia adelante.	34	Asimetría en la cara.
65	Orejas adherentes.	34	Dedos más largos que la palma.
56	Defectos en la forma de la cabeza.	32	Tener la boca abierta.
52	Grandes prominencias frontales.	28	Piel obscura.
51	Defectos en los dientes.	25	Nariz encorvada.
37	Protuberancia occipital grande.	21	Piel velluda.

Cuadro 2.°

ANTECEDENTES DE 45 CRIMINALES JÓVENES	Número	POR CIENTO
Demencia.		
Padre	0	0,00
Madre	4	8,88
Padre y madre parientes	17	37,77
Torpeza mental	9	20,00
Epilepsia ó convulsiones	16	32,00
Histeria	12	26,66
Carácter nervioso.		
Padre	17	37,77
Madre	23	51,51
Otros parientes	35	77,77
Enfermedades nerviosas.		
Padre	3	6,66
Madre	6	13,33
Otros parientes	28	62,22
Alcoholismo.		
Padre	22	43,88
Madre	3	6,55
Otros parientes	28	62,22
Bebedores de café en exceso.		
Padre	9	20,00
Madre	6	13,33
Otros parientes	9	20,00
Enfermedades pulmonares.		
Padre	8	17,77
Madre	2	4,44
Otros parientes	29	64,44

ANTECEDENTES

De los 65 criminales estudiados, sólo hemos podido obtener datos en 45. El número de defectos es, sin duda, mayor porque tienden los criminales á ocultarlos.

El desarrollo de las enfermedades nerviosas es debido principalmente á la presión extrema que la vida moderna produce, á la gran tensión constante.

ESTUDIO DE 200 CHICOS DE SEIS Á DOCE AÑOS EN UN REFORMATORIO Ó CORRECCIONAL

De estos chicos, 134 fueron abandonados, 13 hospicianos, y la mayoría de ellos habían cometido crímenes antes de su ingreso; 44 habían sido vagabundos, 19 pobres de pedir limosna, 146 ladro-

nes y 33 desfalcadores. Las condiciones sociales en que vivían estos chicos eran sustancialmente las mismas; provenían de las inferiores clases sociales, las mismas instituciones y las mismas escuelas, y habían nacido en la misma ciudad.

En 10 casos el padre era loco; en 14, la madre; en 11, el padre padecía epilepsia; en 15, la madre; y en 7, hermanas y otros parientes. Enfermedades nerviosas se encontraron en el padre en 2 casos y en la madre en 24. En 78, el padre era un alcohólico; en 5, la madre, y en 2, ambos. El 22,5 por 100 eran ilegítimos, cerca del 10 por 100 más que el término medio general.

En 47 casos el padre había muerto; en 29, la madre, y en 13, ambos padres. En 15, el padre y la madre vivían separados, y en 4, en concubinato. Había 80 casos en los que los chicos hacían una vida normal en sus casas; pero, desgraciadamente, en 48 el padre, en 24 la madre y en 15 ambos padres, dejaban diariamente la casa para ir á su trabajo. En 6 casos extrema pobreza, y en 15 enfermedades de los padres, impidieron á los chicos tener alguna educación ó buenas relaciones.

Es, sin embargo, de notar que pocos de los padres eran criminales: 8 veces el padre y 7 la madre habían sido convictos de crimen.

En 24 había raquitismo; en 9, sífilis hereditaria; en 12, escrófula; en 4, hidrocéfalos; en 49, traumatismos ó heridas en la cabeza, 15 de los que podían haber afectado las condiciones mentales. En 25 había enfermedades crónicas.

En 68 había debilidad mental, de los cuales 35 eran de moralidad deficiente, 7 padecían histeria y 5 paranoia.

En 52 casos, la circunferencia anterior de la cabeza era más grande que la posterior, y en 122 sucedía lo contrario; en 26, las dos circunferencias eran iguales; 128 braquicéfalos, 58 mesocéfalos y 14 dolicocéfalos.

Microcéfalos, 4; trococéfalos, 9; asimetría, 36; con la sutura coronal blanda, 49; eminencias parietales pronunciadas, 32; depresiones en la región occípito-parietal, 14; frente retraída, 21; arcos superciliares pronunciados, 11; músculos temporales desarrollados, 12; límites irregulares en el nacimiento del cabello, 19; arrugas en la frente, 30; manchas asimétricas en el iris, 12; lóbulos de la oreja adheridos, 30; orejas implantadas á desigual altura y asimétricas, 17; nódulos darwinianos, 31; orejas Wildermuth, 20; mala dentadura, 14; separación ó falta de dientes, 21; dientes irregularmente insertos, 39; con altas encías, 43; paladar desigual, 41; con lunares, 26. Otros estigmas fueron encontrados en 134 casos.

De los 83 chicos normales, únicamente 5 no tenían estigmas.

No había un número desproporcionado de sensibilidades anormales ni de menor percepción del dolor. El desarrollo físico era

bueno, correspondiente á sus favorables condiciones de vida. Un extraordinario desarrollo físico fué notado en 17, y, por el contrario, defectuoso en 7; 4 eran zurdos y 1 ambidiestro.

Los trastornos nerviosos no eran muy frecuentes: 10 con estrabismo; 17, diferencia en las pupilas; 23, irregularidades faciales; 16, sin reflejos abdominales; 6, tics convulsivos; 8, tartamudos; 17, otras anormalidades nerviosas.

De los 200, había un número relativamente grande de tatuados, que eran 83. El tatuaje de los más sencillos consistía en corazones, flechas, coronas, iniciales, banderas, cruces, yunques, áncoras, barcos, marineros, delfines, culebras, brazaletes, anillos, cabezas, atletas, hachas de guerra, cabezas de caballo y medias lunas. El sitio del tatuaje eran los brazos, excepto en 3 que estaba en el pecho. De los 83 chicos normales, 32 estaban tatuados. De los 68 con defectos mentales, 21 también estaban tatuados. La causa del tatuaje era la imitación, por ser práctica común en los asilos y correccionales.

Cuadro 3.°

OREJAS	CRIMINALES POR CIENTO	NORMALES POR CIENTO		PERTURBADOS POR CIENTO
		Hombres	Mujeres	
Pabellón regular	29,2	50,55	62	46
Lóbulo adherente	25	26	13	39
Inclinadas adelante	24	12,5	3,2	4,2
De Wildermuth	18	6,2	9,12	6,26
Antihélix prominente	14,2	»	11,5	26

Esta tabla 3.ª da una idea del estudio hecho por Gradenigo sobre las orejas en diferentes personas normales y anormales.

El cuadro 4.° es el resultado de un estudio de Ottolenghi y Maupaté sobre la nariz de los ladrones.

Cuadro 4.°

NARIZ EN LOS LADRONES	OTTOLENGHI POR CIENTO	MAUPATÉ POR CIENTO
Rectilínea	40	50
Cóncava	23	37,5
Base elevada	32,13	31,25
Corta	30,92	»
Larga	53,28	18,75
Plana	31,33	»
Encorvada	37,5	37,5

Se ha dicho que los ladrones tienen las narices largas y los estafadores puntiagudas, pero el número de observaciones es todavía insuficiente para deducir conclusiones acertadas.

Marro da en el cuadro 5.° los antecedentes de los criminales, indicando la posible influencia de la herencia. El alcoholismo, las enfermedades cerebro-espinales y el carácter inmoral son los principales factores.

Cuadro 5.°

ANTECEDENTES	PADRE POR CIENTO	MADRE POR CIENTO	ANTECESORES DEL PADRE POR CIENTO	ANTECESORES DE LA MADRE POR CIENTO
Alcoholismo	41	5,1	»	»
Edad avanzada	32	17	»	»
Insania	9,2	3,3	2,7	4,1
Epilepsia	1,7	0,9	0,1	0,1
Inmoralidad ó carácter violento	26,6	11,3	»	»
Consunción	5,1	10,1	»	»
Criminalidad	3,3	0,3	»	»

Según Lombroso y Blomberg, el uso de las bebidas alcohólicas es frecuente entre los ladrones, según el

Cuadro 6.°

	LOMBROSO POR CIENTO	MARRO POR CIENTO
Epilepsia en los padres de		
Ladrones	2,1	3,3
Violadores	1,2	»
Suicidio de los padres en		
Ladrones	5	5,1
Violadores	5,9	»
Insania en los padres de		
Ladrones	6,4	14,5
Aficionados á la bebida.		
Ladrones	14,3	46

CRIMINALES NATOS

Según Dietrich, estos criminales tienen un tipo muy parecido al siguiente:

Carlos tenía diez años, 110 centímetros de altura, 18 kilos de pe-

so; la longitud de la cabeza, 170 milímetros; anchura, 140; circunferencia, 505. El chico era pequeño para su edad; su cabeza, muy grande (macrocefalia); los ojos, rasgados, relucientes y proyectados fuera de las órbitas. Un ligero pelo cubría la frente. Era chato; las suturas de la cabeza, prominentes y fáciles de tocar; los dientes, muy pequeños y desigualmente implantados; los arcos zigomáticos, prominentes. El campo visual, anormal, con escotoma periférico. El estesiómetro, en la muñeca derecha, daba 2,2; en la izquierda, 2; y en la lengua, 2. La sensibilidad eléctrica en el lado derecho, 40; en el izquierdo, 15. Sensibilidad al dolor en el lado derecho, 15; en el izquierdo, 25. El padre murió de pulmonía á los cuarenta y un años; era gran bebedor; la madre murió á los treinta y uno, de trastornos uterinos; fué siempre muy débil. Había tenido siete hijos, de los cuales vivían tres. Desde niño dió muchas molestias á la niñera. A los diez y ocho meses empezó á masturbarse, sin que hubiera medio de impedirlo, por más que hicieron. Cuando iba creciendo, mordía y arañaba á sus amigos. Comenzó á beber vino. Era mentiroso. Comenzó á robar á los dos años. Desde su nacimiento el sueño era intranquilo y sufría una especie de vértigo. Era muy sucio. En la escuela su deseo era robar continuamente, y robaba á sus compañeros ó cándidamente quitaba á su hermana las monedas del bolsillo. Leía malos libros. Era muy querido de su tía, con la cual fué después de la muerte de su madre. Tenía un odio intenso á todo el que le contradecía, y buscaba la manera de vengarse.

Según Dietrich, los siguientes son los principales estigmas de los tipos criminales: plagiocefalia, megalocefalia, microcefalia, prognatismo, irregularidad de los dientes, orejas salientes, hipertrofia de los órganos genitales, asimetría de la cara, desigualdad del cuerpo, alguna particularidad en los ojos, orejas, manos y pies. En muchos casos, en la primera edad, malos hábitos secretos. Es bueno hacer notar que no todos los criminales deben tener estos estigmas, sino pueden solamente tener alguno de un modo más ó menos marcado.

Lecturas que puede consultar el que esté interesado en estos asuntos:

1.ª *Senate document*, No. 187, 58 th Congress, third session.

2.ª Maupaté: *Recherches d'Anthropologie criminelle chez les enfants*.

3.ª A Plan for the Study of Man (by writer), *Senate document*, No. 400. Jifty seventh Congress, first session.

4.ª L'enfant criminal-né, *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1894.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS MASTOIDITIS NO PRECEDIDAS DE OTITIS SUPURADA

POR EL DR. A. G. TAPIA
Del Instituto Rubio.

Todo el mundo sabe que merced al canal petro-mastoídeo ó *aditus ad antrum* que desde la parte póstero-superior de la caja del tímpano camina á la parte súpero-anterior del antro mastoídeo, estas dos grandes cavidades del oído medio están en amplia comunicación.

Y de este hecho anatómico se deduce la conclusión clínica siguiente: siempre que hay pus en una de estas cavidades existe también en la otra. Este corolario, ya señalado por Politzer en 1887, es actualmente considerado en otología como verdad inconcusa por la inmensa mayoría de los otólogos, de tal modo que en el *rapport* de Lermoyez, Loubet-Barbon y Moure á la Sociedad francesa de Laringología se dice que la otitis media aguda está esencialmente formada por la asociación de una timpanitis á una antritis.

Sin embargo, hay en clínica dos hechos que aparentemente contradicen el axioma citado, pero que vienen en realidad á confirmarle si los interpretamos con exactitud:

1.° Rareza de las mastoiditis en comparación con la frecuencia extraordinaria de las otitis medias supuradas.

Este punto está suficientemente explicado y resuelto por casi todos los otólogos. La mastoides no dará síntoma alguno mientras el pus desagüe libremente; de aquí se deduce el gran valor de las amplias y precoces incisiones del tímpano para evitar los fenómenos de retención purulenta.

2.° Existencia, en verdad infrecuente, pero bien comprobada en clínica, de casos de mastoiditis no precedida de otitis supurada.

La circunstancia de haber observado un caso típico de esta índole y la rareza de observaciones análogas me inducen á publicar este artículo como modesta contribución al estudio de las mastoiditis no precedidas de otitis supurada.

He aquí muy sucintamente expuesta la historia de este enfermo:

A. R., veinticinco años de edad. Sin antecedentes que se refieran á la enfermedad actual.

En Abril de 1907, sin haber padecido nunca de los oídos, notó algo de dolor y de sordera en el izquierdo; todo desapareció en breves días, sin haber notado la menor supuración del oído.

Días después, y con muy escaso dolor retro-auricular, empezó á

notar que esta región se le inflamaba y que el pabellón auricular se inclinaba hacia adelante. Un absceso mastoídeo se había formado, siendo preciso que un médico lo dilatara. Quedaron constituídas dos fístulas, á través de las cuales el pus siguió fluyendo sin cesar; en vista de esto, el Dr. H. Guíu lo remitió á mis cuidados el 15 de Junio de 1907.

Estado.—Conducto auditivo, normal. *Tímpano*, normal. Audición aérea, muy ligeramente disminuída, casi normal. *Mastoides*: dos trayectos fistulosos á un centímetro por detrás del pliegue auricular. A través de ellos se toca hueso denudado.

Diagnóstico.—Ósteo-periostitis mastoídea, sin descartar la posibilidad de una antritis supurada.

Operación.—16 Junio 1907.—Cloroformización á cargo del doctor Guíu. Incisión retro-auricular clásica; se encuentra una fístula ósea que conduce á la cavidad antral; se descubre el antro lleno de fungosidades y las células mastoídeas. Mastoides muy neumática; sin embargo, se encuentra el aditus macizamente estenosado. En vista de la integridad de la caja, se decide respetarla. Alta por curación, treinta y cinco días después. La audición se conserva íntegra; la caja, normal.

Este caso y los publicados por Rueda (1), Labarre (2), Bar (3), Chauveau (4), Taptas (5), Laimé (6), Salamo (7), etc., etc., autorizan para dar personalidad á esta forma de mastoiditis, que precisamente por ser calificada *hors la loi*, según frase de Labarre, tiene más interés su descripción para evitar las gravísimas contingencias á que puede dar lugar como enemigo oculto ó no sospechado.

¿Cómo es posible explicarse la mastoiditis sin otitis? Porque estando en comunicación amplia estas dos cavidades vecinas, es realmente difícil comprender el cantonamiento de la inflamación en una de ellas con independencia absoluta de la otra. Y si cuando la caja está infecta y el pus sale libremente por la perforación timpánica las lesiones anatomo-patológicas del antro mastoídeo, seguramente concomitantes con las de la caja, pueden, como ya hemos

---

(1) *Rueda:* Casuística de afecciones mastoídeas. Academia Médico-Quirúrgica Española. 23 Enero 1899.

(2) *Labarre:* A propos de quelques cas de mastoïdite aiguë non précédée d'otite. *La Presse otologique belge.* 1905, pág. 112.

(3) *Bar:* Mastoïdite sans otorrhée. *Annales des maladies de l'oreille.* 1906, pág. 491.

(4) *Chauveau:* Antrite des nourrissons sans lesion du tympan. *Arch. inter. de lary.* 1906, núm. 2.

(5) *Taptas:* De la mastoïdite aiguë latente. *Arch. inter. de Lary.* Septiembre-Octubre 1906.

(6) *Laimé:* Des mastoïdites non précédées d'otite supurée. Thèse du Doctorat. 1904.

(7) *Salamo:* Les mastoïdites des nourrissons. Thèse du Doctorat. 1906, pág. 45.

dicho, no traducirse en sintomatología clínica ostensible por no existir retención purulenta, en cambio es más difícilmente explicable el hecho inverso, es decir, la presencia de fenómenos inflamatorios (pus, fungosidades) en el antro, sin que vayan acompañados de fenómenos manifiestamente apreciables en la caja, porque el antro es una cavidad formada de paredes óseas inextensibles que tiene su desagüe natural en la caja timpánica; de donde resulta que todo cuanto en el antro ocurra debe ser traducido en marcados síntomas timpánicos.

Para explicar la existencia de la mastoiditis sin otitis supurada se han emitido muchas hipótesis. Partiendo de lo que en la clínica se ha observado, nosotros creemos que los casos publicados hasta ahora pueden dividirse en dos grupos, cuya interpretación varía en diferencias de grado más que de concepto.

a) Fenómenos mastoídeos evidentes sin lesión ótica apreciable (casos de Rueda, Chauveau, Taptas, etc.).

Llegado el germen infeccioso al antro, bien, como ocurre generalmente, por vía tubo-timpánica, ó bien, como Gradenigo ha observado en algunas otitis, por vía sanguínea, producirá (así lo creemos nosotros, decididos partidarios de la ley de la unidad patológica del oído medio en cuanto á fenómenos inflamatorios se refiere), á la vez que la antritis, la inflamación de la caja del tímpano. Para que el proceso evolucione en la mastoide hasta llegar á la formación de pus y fungosidades, en tanto la inflamación de la caja retrograda hasta desaparecer completamente, son precisas dos cosas:

1.ª Que el canal petro-mastoídeo, como en nuestro enfermo ocurrió, sea estrecho por conformación anatómica; con lo cual el espesamiento inflamatorio de la mucosa que le reviste ó la formación de fungosidades le obturan con facilidad completamente, aislando ambos departamentos. Convertido así el antro en cavidad cerrada, la virulencia de los gérmenes se exalta y la mastoiditis evoluciona con independencia hasta la supuración, permaneciendo indemne la caja.

2.ª Que los gérmenes sean primitivamente poco virulentos, hasta el punto que en la caja del tímpano, no convertida en cavidad cerrada por permanecer abierta la trompa, los difusos y fugaces chispazos inflamatorios que acompañaron á la primera manifestación cedan por completo sin dejar huella alguna.

Por eso cuando, pasada la primera etapa del padecimiento, los enfermos acuden en busca de tratamiento, pueden llegar á nosotros sin huella de la lesión timpánica y con una mastoiditis perfectamente clara.

La intensa virulencia de los gérmenes determinaría á la vez rápida y concomitante evolución inflamatoria de ambos departamen-

tos óticos, á no ser que la amplia y oportuna abertura del tímpano atenúe ó borre los fenómenos mastoídeos.

En una comunicación á la Academia Médico-Quirúrgica Española, el Dr. Rueda, eximio otólogo de admirable sentido clínico, exponía el 23 de Enero de 1899 una opinión casi idéntica para explicarse un caso exactamente igual al que nosotros hemos relatado. Decía Rueda que el conducto tímpano-mastoídeo puede sufrir modificaciones que originen su oclusión, hecho culminante en patología auricular, y, por consecuencia, el cantonamiento de un proceso que antes era generalizado.

Muy posteriormente á Rueda, en un trabajo publicado en 1895, hacía notar también Labarre el papel de defensa que juega la mucosa del aditus contra la propagación de la infección, sea hacia el antro, sea hacia la caja; porque bajo la influencia del proceso inflamatorio, la mucosa que tapiza el canal óseo que separa ambas cavidades sufre trastornos circulatorios; la hiperemia la distiende, y puede, poniéndose en contacto consigo misma, obturar el canal, formando una verdadera barrera á la propagación del pus.

Como se ve, la teoría de Labarre, en lo que se refiere al cantonamiento del proceso inflamatorio en la mastoides, es la misma que emitió Rueda el año 1899.

Como por regla general el canal petro-mastoídeo es relativamente amplio, nosotros creemos condición casi precisa para que se obture que sea de conformación anormal, que su calibre sea menor que de ordinario, como ocurrió en el caso referido.

Labarre cree que el microbio, bien porque consiga ganar el antro, eludiendo las diversas zonas de defensa que le oponen la trompa, la caja y el aditus, ó bien porque sólo en el antro encuentre medios propicios para su desarrollo, engendra una mastoiditis primitiva, que evoluciona con independencia absoluta merced á la obstrucción inflamatoria del canal petro-mastoídeo. Ya hemos expuesto el criterio de la unidad patológica, y nuestra creencia de que en el primer momento la lesión es generalizada.

Por esta razón, nos parece inadmisible la teoría de Labarre para explicar el hecho opuesto (timpanitis sin antritis), que no llegaría á realizarse, porque la obturación del aditus cerraría la cavidad antral, y la inflamación, lejos de desaparecer, aumentaría por exaltarse la virulencia de los gérmenes.

En los niños de pecho se han observado casos de afección mastoidea sin lesión timpánica; nuestra hipótesis de la conformación anormal del aditus, condición casi precisa para la fácil obturación inflamatoria de este canal, está en estos casos aparentemente en discordancia con la realidad, porque la característica de este canal en los recién nacidos es ser recto, corto y ancho. Pero si tenemos en cuen-

ta que Poirier (1) ha encontrado muchas veces un repliegue valvular, que llega á obturar casi completamente el aditus; que Forns (2) ha visto alguna vez una membrana tabicante análoga; que en la cúpula de la caja existen multitud de repliegues mucosos capaces de estrechar la comunicación antro-timpánica, y que la cavidad de la caja en los niños de pecho está extraordinariamente reducida por el espesamiento de la mucosa, que la convierte en una hendidura capilar, nos convenceremos de que también aquí interviene una especial conformación anatómica para que se produzca la mastoiditis con independencia de la otitis. Además, hay que tener en cuenta también que en los niños de pecho el pus mastoideo encuentra camino más expedito en los múltiples agujeros, amplios en estas edades, de la lámina cribada y en la sutura petro-escamosa, no soldada aún en esta época de la vida; de este modo se comprenderá bien la ausencia de fenómenos timpánicos en ciertas mastoiditis de los recién nacidos.

Para explicarse que el proceso nazca de la mastoides, invoca Chauveau (3) la vía sanguínea, y para darse cuenta del cantonamiento en el antro expone razones histológicas, por no encontrarlas en la anatomía; dice que «los elementos celulares y los vasos son muy abundantes en los niños alrededor del antro, y esta abundancia engendra un terreno muy favorable para la pululación de los gérmenes; esto es verdad para el esqueleto entero en esta edad, como lo prueban numerosos casos de osteomielitis».

Ya hemos expuesto las razones anatómicas que indiscutiblemente existen, y que no excluyen las razones histológicas dadas por Chauveau, muy análogas, sin duda, á las aducidas también por Gamgee (4).

Laimé, en su tesis doctoral, anota hipótesis que no son admisibles para explicar este primer grupo de hechos clínicos, y que seguramente lo son para darnos razón del segundo grupo.

Segundo grupo.—Mastoiditis evidente en fenómenos timpánicos manifiestos, pero sin llegar á establecerse la perforación y la supuración del oído.

Los casos de este grupo son más frecuentemente observados, y puede decirse que son el escalón intermedio entre el grupo anterior y los casos corrientes de mastoiditis con otitis supurada.

Aquí se ve comprobada plenamente la simultaneidad de la lesión

---

(1) *Poirier:* Anatomie Médico-Chirurgicale, pág. 244.
(2) *Forns:* Comunicación al primer Congreso especial de Oto-rino-laringología.
(3) *Chauveau:* Lugar citado.
(4) *Gamgee:* Prima caries of mastoid process a cause of abcess in young children. *Lancet*, 5 Mayo 1906.

en antro y caja; lo que pasa es que se manifiesta más intensa en aquella cavidad que en ésta.

Para explicarse este fenómeno, hay que pensar que el antro, aunque desagüe aún en la caja, lo hace mal, mientras que la caja vierte bien en la trompa; es decir, una gradación del caso anterior. Laimé trata de explicarlo por varias hipótesis: *a*) Recordando la célebre frase de Lermoyez de que en ciertas rino-faringitis al ascender el proceso por vía tubárica, «lame la caja y muerde la mastoides», pretende encontrar una especial virulencia de los gérmenes. *b*) La membrana del tímpano tiene una resistencia exagerada. *c*) La evacuación por la trompa, suficiente para evitar la distensión y rotura del tímpano, no lo es para impedir fraguarse una mastoiditis.

REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

Cirugía del aparato digestivo.

Vólvulo de la totalidad del intestino delgado, por P. Bull (de Cristiania). Sociedad de Cirugía; sesión de 20 de Noviembre de 1907. (*Semaine Médicale,* núm. 48, 27 de Noviembre de 1907.)

En 1.° de Noviembre de 1906 llegó al hospital un descargador de veintinueve años de edad con el diagnóstico de íleo. Nueve días antes había sido acometido de dolores en el vientre, y vómitos; desde la víspera los dolores se habían hecho más intensos, acompañándose de vómitos oscuros no fecaloídeos, sin ninguna deposición ni expulsión de gases por el ano.

Suponiendo que se trataba de una oclusión del intestino delgado, practicó la laparotomía, que dió salida á gran cantidad de líquido seroso; por delante del intestino delgado se encontraron varios cordones que, partiendo del epiplon, se fijaban en diferentes puntos de la pared abdominal; hizo ligadura doble en dos de estos cordones, y liberó algunas bridas delgadas que unían el epiplon á la pared abdominal, cerrando la herida.

El enfermo no mejoró, por lo que le hizo cuarenta y ocho horas después nueva laparotomía; salió en seguida un líquido seroso, claro; las asas del intestino delgado estaban más meteorizadas que cuando la primera intervención, y presentaban casi en su totalidad un tinte uniformemente azulado; algunos centímetros por debajo de la válvula de Bauhin había, sobre el íleon, dos bridas de tinte azul oscuro á medio necrosar que estaban muy estrechamente torcidas sobre el intestino. Después de haberlas seccionado comprobó que el mesenterio estaba torcido una vez (180 grados) sobre su eje, yendo de izquierda á derecha; es decir, en el sentido de las agujas de un reloj. Practicó fácilmente la destorsión, y en seguida el intestino delgado tomó un color vivo, rojo, y el ciego se llenó de gas. Antes de cerrar el vientre inyectó en la cavidad peritoneal tres litros de agua salada á 40-41° centígrados.

Durante los cinco días siguientes el enfermo tuvo continuamente diarrea, con cámaras líquidas, de color oscuro, que dieron por la prueba de Weber reacción de sangre positiva, presentando durante un mes períodos de fiebre y apirexia. Cuando abandonó el hospital en 5 de Febrero de 1907 el estado era excelente, las evacuaciones

regulares, y no había signo alguno de hernia en la cicatriz; visto posteriormente en 29 de Julio, se ha podido comprobar se conservaba en perfecta salud.

Tratamiento de la sigmoiditis, por Lochart Mumery. (*Brit. Med.*, 8 de Octubre de 1907.)

En las inflamaciones el reposo en cama es esencial desde el comienzo del tratamiento. El régimen líquido prescrito habitualmente en estos casos es un gran error, puesto que la leche favorece el desenvolvimiento excesivo de las bacterias que existen siempre, y no convienen en esta afección. Para prevenir toda irritación del intestino inflamado es necesario añadir al régimen cantidad suficiente de manteca y crema para obtener cámaras blandas; en los enfermos que no pueden soportar gran cantidad de grasas sin sufrir estados biliosos, el autor recomienda usar al interior el petróleo ó la vaselina en lugar de los cuerpos grasos ordinarios.

El tratamiento local consiste en irrigaciones intestinales *loco dolenti*, estando el enfermo en decúbito lateral y dejando correr lentamente el líquido; al acabarlas debe permanecer algunos minutos en posición genupectoral, en la cual el asa sigmoídea tiende á alargarse y el líquido llena el intestino. Al principio serán hechas con líquidos no irritantes, tal como una solución de 4 gramos de bicarbonato de sosa en 500 gramos de agua, adicionada de timol y glicerina ó de agua oxigenada; más tarde se recurrirá al argirol al 0,50 por 100, ó al permanganato de potasa al 1 por 2.000, empleando en cada irrigación un litro de líquido.

La operación tardía en la apendicitis, por E. Mensel. (*Münch. med. Woch.*, 5 Noviembre 1907.)

Aunque partidario convencido de la operación precoz, se ha visto con frecuencia obligado á operar tardíamente.

Establecido el diagnóstico, es necesario averiguar la existencia eventual de varios abscesos, á fin de evitar toda sorpresa, por lo que no se olvidará el examen completo del recto.

En la operación el pus debe ser quitado siempre con algodón montado en una pinza, y en tanto que éste sale sucio; Mesnel no lava jamás.

Si la limpieza completa no es posible de esta manéra, se efectúa la de la cavidad del mismo modo los días siguientes.

La condición principal es taponar completamente; todo absceso es limpiado así en toda su profundidad; después se deja colocada una tira de gasa iodoformada en los jóvenes, y esterilizada en las personas de edad.

La herida abdominal es suturada lo menos posible; el algodón no debe ser cambiado demasiado pronto, sino dejado cuatro ó cinco días; en los tres primeros el cambio es muy doloroso para los enfermos; sólo las piezas subyacentes del vendaje deben ser sustituídas.

Aunque la larga permanencia del tapón choque con las ideas tenidas sobre la asepsia, la experiencia muestra que esta manera de proceder no es nociva. A veces el foco está muy profundo, como sucede en las supuraciones de las trompas, y es necesario pasar entre asas intestinales sanas; á pesar de ello, la aplicación del tapón produce con frecuencia muy buen resultado.

El inconveniente del tratamiento abierto de la supuración abdominal es que se renuncia, limitando la sutura, á impedir la formación de la hernia; pero no se debe tener en cuenta este inconveniente cuando se trata del pronóstico de la existencia del enfermo, puesto que, si se produjera, su operación no tiene nada de peligrosa, y cuenta con el mayor número de probabilidades de ser eficaz. En la oclusión de la herida, la sutura de los músculos es lo que interesa sobre todo, siendo necesario reunir músculo sano con tejido muscular también sano, no utilizando el borde muscular fijado por tejido cicatricial. La operación secundaria de la hernia no debe ser hecha demasiado pronto.

Sobre treinta y una operaciones tardías ha obtenido cuatro muertos: uno por bronco-pneumonía en un alcohólico; dos por abscesos de hígado no reconocidos y piemia, y un operado *in extremis*, sucumbido poco después de la operación.

Toda ulceración que no tiende á curar con rapidez debe ser curada localmente con ayuda de instrumento adecuado.

Cuando la sigmoiditis ha curado, se pueden suspender las irrigaciones; pero el régimen debe ser vigilado largo tiempo, y reglado de manera á obtener cámaras regulares, sin uso de laxantes. El masaje abdominal y los ejercicios son muy útiles, pudiendo recurrir aun á los baños eléctricos.

En algunos casos con hemorragias abundantes, Lochart ha obtenido buenos resultados con el uso de grandes inyecciones de aceite de olivas, que parece obrar como vendaje protector de la ulceración, con lo que cura más rápidamente.

La operación inmediata está indicada si se descubre tumor maligno, y siempre que éste no esté demasiado avanzado.

La apendicostomía puede estar indicada, pero su ventaja consiste sólo en permitir irrigaciones más eficaces.

Pero es indispensable ante todo tratar la sigmoiditis como un síntoma, y buscar su causa para combatirla.

DR. R. L. Y YAGÜE

Estomatología.

Indicaciones y contraindicaciones del somnoformo.
(Revista Valenciana de Ciencias Médicas.)

Los Dres. Landete y Chornet, en un trabajo presentado al IV Congreso Dental Español, resumen los estudios hechos sobre el somnoformo en las conclusiones siguientes:

El somnoformo estará indicado:

1.ª Cuando se opera en niños, pues merced á la anestesia somnofórmica evitamos el dolor y conseguimos la quietud del pequeño paciente, operando por lo tanto con más comodidad y con mayores garantías de éxito operatorio.

Claro está que cuando se trate de extraer un diente temporal movido, semidesprendido, próximo á caerse, la somnoformización está de más, porque el dolor que en tales casos se produce es insignificante.

2.ª En los casos que tengamos que extraer una pieza dentaria con periodontitis agudísima, en los cuales la zona inflamada, por el hecho de estarlo, no «muerde el anestésico local», no se absorbe y, por lo tanto, no llega á insensibilizarse, estará indicado el somnoformo, pues todo anestésico local resultaría ineficaz en tales casos.

3.ª En los casos que tengamos que hacer una ó más extracciones, y el paciente se encuentre afecto de trismo, también estará indicado el somnoformo, pues gracias á la anestesia con dicho agente podremos, sin causar el menor dolor al paciente, abrirle la boca y practicarle la extracción.

4.ª En los pacientes que á todo trance quieren que todas nuestras maniobras resulten indoloras, y que, quizás fundados en algún fracaso, no creen en la eficacia de la anestesia local.

5.ª En los sujetos que la exijan, no estando desde luego manifiestamente contraindicada.

6.ª En los pacientes que tengamos que practicar múltiples extracciones, siempre que éstas no sean muy laboriosas, pero fijándonos bien en qué piezas son las que tenemos que extraer, para evitar de este modo vernos ante el desagradable caso de extraer una pieza sana en vez de la enferma.

7.ª En todos aquellos casos de operaciones quirúrgicas de corta duración que no esté contraindicado, y en los comienzos de toda anestesia general, para ahorrar tiempo, evitar el período de excitación y la posibilidad de que se presente el síncope respiratorio ó laringo-reflejo de Duret.

Las contraindicaciones también son varias:

1.ª Cuando no está indicado, debemos abstenernos de emplear el

somnoformo, para no exponer al paciente, sin necesidad, á los efectos y molestias de esta droga.

2.ª Estará contraindicado en los recién comidos, pues en tales casos los vómitos siguen ordinariamente á la anestesia; y si bien ellos de por sí no constituyen ningún gran contratiempo, en algunos casos los esfuerzos que en dicho acto se efectúan pueden ocasionar serios accidentes.

3.ª En los cardíacos y aneurismáticos debemos aconsejar mucha prudencia en su empleo, pues, dada la aceleración del pulso y el esfuerzo que en las primeras inhalaciones de este agente se producen, podríamos tener algún contratiempo serio, contra el cual conviene prevenirnos.

4.ª Tampoco debemos usarlo en los alcohólicos muy acentuados, pues en ellos el período de excitación es tan violento que muchas veces no podemos continuar la anestesia ni operar.

5.ª En los epilépticos, histéricos, enfermos de pulmón, riñones, etcétera, debe aplicarse con reservas y mucho tacto, siendo de aconsejar como regla general, en casos de duda, la abstención.

6.ª En las extracciones muy laboriosas y que, por lo tanto, exigen una anestesia larga, no recurriremos al somnoformo, para evitar un fracaso seguro.

De modo que este agente resulta un anestésico ideal para las operaciones de corta duración, particularmente cuando se trate de niños, siendo utilizable con ventaja en el comienzo de la anestesia por el cloroformo ó éter, para suprimir el período de excitación, sobre todo en aquellos sujetos que no sean muy alcohólicos; pero que sus usos quedan muy restringidos, porque con la adición de una ó dos gotas de solución al milésimo de adrenalina por cada centímetro cúbico de solución al 2 por 100 de cocaína, stovaína, alipina, etc., obtenemos un anestésico local de tal eficacia, que en muchos casos puede sustituir con ventajas al somnoformo.

Un nuevo procedimiento de anestesia dentaria: la anestesia diploica.
(*Semaine Médicale.*)

Partiendo de la idea de que para obtener una anestesia dentaria perfecta y constante el agente anestésico debe ser llevado al contacto de los filetes nerviosos destinados al diente y al ligamento, es decir, directamente en las mallas del tejido óseo, M. Nogué ha imaginado un procedimiento de anestesia que consiste en franquear la pared de tejido compacto limitante del díploe, sirviéndose de un taladro montado en el torno, á través de cuyo orificio se inyecta la solución anestésica.

Todas las precauciones antisépticas deben aplicarse sobre la mu-

cosa; perpendicularmente á la superficie ósea, y en el sitio de elección, se aplica el taladro en rotación rápida; una ligera presión hasta vencer la resistencia, y el taladro penetra en un tejido blando.

Esta perforación de los tejidos es indolora. No queda ya más que introducir la aguja de la jeringa, que ha de ajustar perfectamente al orificio creado, para que quede obturado perfectamente.

Algunas gotas de la solución, inyectadas sin ningún esfuerzo, bastan á dar una anestesia completa.

M. Nogué no ha tenido que arrepentirse de este procedimiento; no ha observado jamás accidentes de ninguna clase, sea por las débiles dosis empleadas (de 5 á 10 miligramos), sea por la lentitud de la absorción diploica.

Actualmente posee 250 observaciones de periostitis, abscesos, etc.

Caries dentaria y masticación. (*L'Odontologie.*)

En una comunicación hecha á la Sociedad Odontológica de Suecia se consigna que el 16 por 100 de los antiguos anglosajones, el 24 por 100 de los antiguos bretones y el 41 por 100 de los antiguos egipcios tenían dientes cariados. Entre las naciones modernas, Suecia ocupa el primer lugar, pues el 95 por 100 de sus habitantes tienen dientes defectuosos; sigue después América, con el 93 por 100. Entre los reclutas de la Armada, el 20 por 100 en Alemania, el 24 por 100 en Inglaterra y el 28 por 100 en Suecia tienen dientes inútiles. Los esquimales son los que poseen mejores dientes en todo el mundo: solamente el 1,5 por 100 sufren caries. Esto es debido á su régimen alimenticio cárneo, pues la carne no facilita el proceso de la caries dentaria *(sic)*. En la Memoria se dice igualmente que la causa de la deterioración de los dientes aumenta á medida que la deterioración avanza; es debida á la holganza de los mismos, pues no se comen más que alimentos blandos, los cuales no necesitan masticarse.

Raíces de porcelana implantadas en los alvéolos como punto de apoyo en los puentes. (*L'Odontologie.*)

Mr. Rheim, de Nueva York, ha publicado en 1902 un caso de implantación de unas raíces de porcelana en un caso de piorrea alveolar, reemplazando las raíces palatinas de los molares superiores afectados. Rheim recuerda que estas raíces son muy bien toleradas por las encías, mientras que las raíces naturales implantadas dan con frecuencia lugar á supuraciones. El autor utiliza esta idea, pero según su método, que le parece muy práctico.

En un caso se trataba de dos incisivos centrales á pivot ordinario, y de un incisivo central cuya raíz era muy defectuosa; el autor extrajo éste, perforó el alvéolo en una longitud de una raíz de incisivo, y envolviendo el mango de un tiranervios Donaldson con composición godiva ó Stent, obtuvo una impresión exacta del alvéolo. Dejó hasta el siguiente día en el alvéolo un tapón de gasa iodofórmica. Hizo una raíz hueca en platino; en su interior soldó una espiga de platino, indicando la dirección de la raíz, y que posteriormente debía servir para unir la carilla de porcelana á la raíz; tomó la impresión; separó de la raíz de platino la cara anterior, que reemplazó con porcelana de Jenkins. Mientras tanto, el alvéolo está taponado, y después de cada prueba se lava con una solución antiséptica. Antes de colocar la raíz, el autor la pasa sobre la llama. En el caso de que tratamos se fijó á los dientes de espiga adyacentes.

En otro caso el autor desvitalizó los dientes vecinos, á los cuales con espigas se fijó el diente de esmalte.

Las experiencias del autor alcanzan á un año y medio. Durante este tiempo no ha observado retracción de la encía ni del alvéolo.

DR. LANDETE

Ginecologia.

Sobre el empleo de la escopolamina como analgésico en las parturientes, por el Dr. Bertino. *(La Ginecologia*, Octubre 1907.)

En este documentado trabajo hace el Dr. Bertino la historia completa de este medio anestésico, importado en la obstetricia desde el campo de la cirugía general, asociado á la morfina.

Si la narcosis morfio-escopolamínica cuenta con entusiastas partidarios como Gauss, de cuyas observaciones en la Clínica de Freiburg nos hemos ocupado en esta REVISTA, y como su maestro Krönig, tiene en cambio detractores numerosos y de gran renombre por los inconvenientes y aun peligros que á veces acompañan á su empleo.

Basándose en una serie de 400 partos en los que se hizo uso de la escopolamina sola ó asociada á la morfina, en el primer caso á la dosis de 0,0001 gramos por inyección y en el segundo á la de 0,00045 á 0,0005 gramos de escopolamina y 0,01 gramos de morfina, estudia el Dr. Bertino los efectos del medicamento sobre la parturiente, su influencia en la marcha del parto y del alumbramiento, las consecuencias ulteriores para la parida y los efectos observados sobre el feto.

De este estudio detallado se deduce:

1.° Que la escopolamina en el mayor número de casos acalla

realmente los dolores del parto, pero á menudo lo hace con gran daño de la regularidad de las contracciones, llegando á retrasar y aun suspender dicho trabajo.

2.° Que es un analgésico infiel, puesto que su acción falta en el 36 por 100 de los casos.

3.° Que la lentitud y la suspensión de las contracciones del parto no son producidas por la morfina que se asocia á la escopolamina, porque tales efectos se observan de igual modo cuando sólo se hace uso de la segunda; siendo probable que existe una idiosincrasia especial por este medicamento, lo cual parece probado por los casos de envenenamiento y de muerte ocurridos en el campo quirúrgico durante la narcosis morfio-escopolamínica.

4.° Que la escopolamina no está exenta de peligros para el feto, pues en la estadística del autor se hace constar que 26 fetos nacieron en un estado más ó menos profundo de asfixia; y si bien se repusieron de ella, algunos tuvieron complicaciones póstumas del aparato respiratorio, de tal naturaleza, que en uno bastaron para ocasionar la muerte al cabo de pocos días.

De los seis fetos que fallecieron durante el parto, en dos no fué explicable la muerte por complicaciones ordinarias, debiendo achacarla á la prolongación del trabajo determinado por la escopolamina.

Por tales motivos cree el autor que no se debe aconsejar el empleo de este medio analgésico en las parturientes, sobre todo en la práctica privada, en la cual pueden faltar la asistencia continua y los medios necesarios para combatir las complicaciones eventuales.

La alipina como anestésico en las pequeñas operaciones ginecológicas, por el Dr. De Paoli. *(Liguria Medica*, núm. 10, 1907.)

La alipina, ensayada con éxito en laringología y oftalmología, ha sido también empleada como anestésico local en las operaciones de pequeña ginecología, en solución acuosa al 5 por 100, mediante inyecciones con la jeringuilla de Pravaz en la parte donde haya de practicarse la intervención.

La alipina es una sal neutra que se presenta bajo la forma de un polvo blanco, cristalino, muy soluble en el agua y suficientemente en alcohol, pudiendo su solución ser esterilizada, sin descomponerse, con sólo mantenerla en ebullición durante cinco á diez minutos. Su poder anestésico es semejante al de la cocaína, pero es dos ó tres veces menos tóxica y no tiene acción secundaria; su absorción es rápida y la anestesia pronta.

El Dr. De Paoli la ha empleado en 16 casos de raspados uterinos, operaciones plásticas vulvo-vaginales, etc., con el mejor resultado.

La asociación de la adrenalina aumenta el poder anestésico de la alipina, y se ha empleado en la extirpación de pólipos uretrales y condilomas para obtener á la vez la isquemia local.

Tratamiento médico de las inflamaciones pelvianas en la mujer, por el Dr. Blondel. (*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale,* Diciembre 15, 1907.)

Aunque carezcan de novedad los medios aconsejados por el autor de este trabajo para tratar las diferentes lesiones del aparato genital que comprende bajo la denominación de inflamaciones pelvianas, conviene recordarlos, sobre todo por la juiciosa clasificación que hace de estas últimas.

A este fin presenta los diversos tipos que pueden ofrecerse en la práctica y que el médico debe conocer para dirigir mejor el tratamiento:

1.° Mujer joven, recién casada. La última regla sufre un retraso que hace creer en el comienzo de un embarazo; después se presenta la menstruación, pero más abundante que de costumbre y más ó menos dolorosa. Una vez terminada, la enferma siente dolor en el vientre, en uno ó en ambos lados. Si es en el derecho, lo primero que se ocurre es pensar en la posibilidad de una apendicitis. Examinada la enferma, se observa que el vientre está sensible á la presión, que los dolores aparecen por crisis y no de un modo continuo y sordo; la temperatura está ligeramente aumentada, la vagina caliente, los fondos de saco vaginales empastados y dolorosos; hay leucorrea abundante, no glerosa; la micción es frecuente y más ó menos dolorosa.

Si se interroga al marido, de seguro refiere en su pasado algún accidente blenorrágico, pero curado.

Entonces se puede pensar en una infección á gonococo que ha franqueado la matriz y ha producido una salpingo-ovaritis simple ó doble, ó bien una parametritis. La indicación será calmar el dolor y detener los progresos del mal. Para ello, se aconsejará el reposo absoluto en cama y en decúbito dorsal. Si el dolor es violento, el vientre está timpanizado y hay tendencia á la náusea ó aun verdaderos vómitos, aplicación prolongada y vigilada de hielo al vientre. Cuando el dolor no es intenso ni continuo, sino por crisis, grandes cataplasmas rociadas con láudano ó bien los sacos de goma de agua caliente ó llenos de una solución saturada de acetato de sosa y calentados en agua hirviendo. Deben practicarse tres veces al día irrigaciones vaginales de dos litros de agua á 50° con permanganato de potasa al 1 por 1.000, ó con bicarbonato de sosa al 1 por 100, que es descongestionante. Estas irrigaciones se harán á débil presión.

Cuando se haya calmado la inflamación pelviana, se tratará la metritis.

Segundo caso.—La enferma, que hace pocos días ha tenido un parto ó un aborto, es acometida de escalofríos, seguidos de elevación de la temperatura, y presenta signos manifiestos de infección.

El mismo tratamiento aconsejado en el caso anterior, con preferencia las aplicaciones de hielo al vientre; al interior la quinina; inyecciones de fermentos metálicos de Robin.

Tercer caso.—La enferma es de más edad; no ha padecido blenorragia ni infección puerperal, pero sí de una metritis; sus reglas son dolorosas y con frecuencia abundantes. Tiene flujo blanco. La crisis actual ha comenzado después de una brusca suspensión de las reglas ó á consecuencia de una exagerada fatiga, de excesos en el coito, de un enfriamiento, etc. Después de una congestión traumática ó de otra naturaleza, revive un foco microbiano que permanecía latente y estalla la inflamación pelviana como en los casos anteriores. Las reglas fundamentales del tratamiento son las mismas: reposo y calmar el dolor; irrigaciones, taponamientos descongestionantes al ictiol, enemas calientes, revulsión al hipogastrio.

Se trata de un caso crónico.—Hay metritis con secreciones más ó menos abundantes, más ó menos infectadas. Los anejos están más ó menos voluminosos, acusan dolor á la presión; la enferma rehusa, por temor al sufrimiento, las relaciones sexuales; en cada congestión menstrual se exacerban estas molestias; hay adherencias en la pequeña pelvis; con frecuencia se encuentra una enteritis muco-membranosa ó una rectitis glerosa.

En estos casos, se debe aconsejar el mismo reposo absoluto, los enemas ictiolados mañana y tarde; la columnización de la vagina con pequeños taponés bien aplicados; la revulsión al vientre con la esencia de trementina; inyecciones de suero Chéron; y si hay exudados, el método de Pincus por medio de los sacos de arena ó de perdigones finos sobre el vientre durante la noche.

Nosotros empleamos con gran resultado este medio en los casos de pelvi-celulitis en estado subagudo, sean ó no puerperales, cuando hay abundantes masas de exudados, y nos valemos de la mostacilla del 10, empezando por medio kilo, cuyo peso vamos aumentando á medida de la tolerancia, combinando este medio con la columnización. No podemos, en cambio, suscribir la idea del autor, de tratar la metritis con aplicaciones intracervicales de tintura de iodo, de nitrato de plata al 10 por 100 cuando hay ectropión, sino que nos abstenemos de toda cura intrauterina en este período de complicaciones anexiales ó periuterinas, limitándonos á practicar escarificaciones sobre el cuello, á descongestionar con los tapones de glicerolado de tanino y las irrigaciones vaginales calientes.

Forma tórpida.—La inflamación pelviana está casi apagada; el dolor es moderado y no se exaspera á la presión. Dominan las adherencias y los exudados que entre ellas existen; hay engrosamiento de los ligamentos anchos (tumores fantasmas), ovario y trompa aumentados de volumen, desviaciones uterinas, trastornos menstruales.

Entonces recomienda el autor la dilatación uterina con tiras de gasa empapadas en glicerina ictiolada ó iodada é introducidas por medio del portamechas; dilatación que debe repetirse diariamente durante una semana entre cada período menstrual, seguida de un masaje de los anejos muy discreto. Y si esta dilatación no da resultado al cabo de dos ó tres períodos, debe hacerse el raspado uterino.

En este punto disentimos del Dr. Blondel. En tanto existe el menor indicio de lesión inflamatoria en los anejos, contraindicamos toda dilatación y todo traumatismo intrauterino, que es el medio más seguro de agudizar el proceso anexial y conducir al último período, ó sea á la supuración, que trae consigo la pérdida del órgano ú órganos lesionados.

La experiencia de varios casos así nos lo ha enseñado, y así lo exponemos siempre á nuestros discípulos para que no incurran en tremendas responsabilidades.

Seguir con paciencia el tratamiento resolutivo, procurar la *restitutio ad integrum* de los órganos inflamados por todos los medios suaves, recurrir á las aguas termales clorurado-sódicas y bromo-ioduradas, á la revulsión, á las inyecciones de suero Chéron, según el método de este maestro, y en último término ensayar las de fibrolisina, que hoy se van generalizando. Todo, á fin de evitar nuevos ataques de inflamación aguda, y sobre todo la supuración, en donde termina ya la medicina y comienza la cirugía, que pocas veces puede ser conservadora á estas alturas.

DR. GUTIÉRREZ

Neurologia y Psiquiatria.

Las psicosis periódicas, por el Dr. Autheaume. (*Le Progrès Médical.*)

En el Congreso de Neurología y Psiquiatría celebrado últimamente en Ginebra, ha presentado el Dr. Autheaume (de París) un notable estudio acerca de esta interesante cuestión.

Considerando la periodicidad y alternativas observadas en la manía y la melancolía como una extensión á la patología de la ley fisiológica de la periodicidad, hace notar que el mejor conocimiento en la época moderna de estas formas de locura condujo á Baillarger y Falret en 1854 á la creación de una nueva entidad morbosa, que llamaron *locura circular* y *locura de doble forma*, que había

sido segregada por ellos de la melancolía y la manía. Magnan, en 1890, y un año antes Kraepelin, refirieron igualmente, con el nombre de *locura intermitente* el primero, y con el de *locura maníaca depresiva* el segundo, la manía y melancolía á la locura periódica, en virtud de la observación de aquellos casos recidivantes de estas formas. Así es que desde la creación de la nueva entidad nosológica á expensas de la manía y la melancolía, el ancho campo de éstas se ha ido estrechando notablemente.

Aunque en la *locura periódica* los accesos de manía y melancolía no presentan un cuadro sintomático idéntico á las formas simples de estos afectos, los matices que los separan no son lo suficientemente claros y precisos para que pueda establecerse con facilidad un diagnóstico, y aun algunos autores no les conceden valor alguno.

En lo tocante á la *locura periódica* de los autores franceses, se admite como principales particularidades de esta afección el comienzo repentino, aunque no faltan casos en que puedan verse síntomas premonitorios que advierten la inminencia de los ataques (*signal sympton* de los médicos ingleses). Estos ataques tienen generalmente una periodicidad regular y son idénticos unos á otros, siendo más breve y menos acentuado el intervalo lúcido á medida que el mal se agrava. La verdadera demencia no se observa, por lo común, sino como efecto de complicaciones. La herencia juega el principal papel, y la afección se presenta con más frecuencia en la mujer que en el hombre sin una causa ocasional manifiesta, y á la edad de veinticinco á treinta y cinco años.

En cuanto á la descrita con el nombre de *locura maníaca depresiva* por Kraepelin, la define el autor diciendo que es «una psicosis constitucional esencialmente hereditaria, caracterizada por la repetición, la alternativa, la yuxtaposición ó coexistencia de estados depresivos y excitantes».

El concepto de esta afección ha sido ampliado por Kraepelin con la descripción de los *estados mixtos*, que se encuentran principalmente en la transición de un estado melancólico á otro maníaco, ó viceversa, pero que pueden, no obstante, manifestarse aisladamente como un solo y simple ataque.

En estos estados mixtos, los síntomas de la manía y la melancolía se mezclan íntimamente, demostrando así el común origen y la naturaleza idéntica de fenómenos aparentemente antagonistas. Falret hace observar juiciosamente que la Medicina legal se encontrará frente á este padecimiento con uno de los más difíciles problemas de la patología mental, pues las frecuentes variaciones del estado de un individuo sobrevenidas de un momento á otro, los intervalos lúcidos más ó menos largos y completos y la dificultad de distinguir

estos intervalos de la simple remisión, especialmente por razón de la habitual permanencia de estos enfermos en el seno de la familia, han de dificultar sobremanera el juicio y la resolución de los magistrados y aun de los peritos.

Por último, el Congreso de alienistas y neurólogos reunido en Ginebra el 1.° de Agosto de 1907 ha votado las siguientes conclusiones: 1.ª Que en la ley francesa se incluya expresamente la noción de *responsabilidad, irresponsabilidad* y *responsabilidad atenuada*, tomada en el puro sentido médico ó fisiológico. 2.ª Que la ley permita en ciertas circunstancias, y como complemento ó en reemplazo de la pena, que la sentencia ordene el tratamiento obligatorio en establecimientos especiales de los condenados cuya responsabilidad ha sido reconocida como atenuada ó abolida.

Tratamiento de la ciática por la enteroclisis á temperatura elevada, por el Dr. Annequin. (*Journal de Physiothérapie*, 15 Abril 1907.)

Fundándose en la teoría de que el agua muy caliente introducida en el intestino puede accionar directamente sobre las ramas de origen del nervio ciático y los plexos simpáticos que con él se anastomosan, y que hasta ahora escapaban á todos los medios de tratamiento local comunes en esta enfermedad, el Dr. Annequin ha ideado un procedimiento, que, según refiere, le ha dado en varios casos resultados muy satisfactorios.

El procedimiento consiste en la introducción, por medio de la cánula rectal, de un litro de agua en el intestino, y á una temperatura elevada. Para que su acción sea realmente favorable, es necesario que el agua alcance próximamente una temperatura de 50°. Los enfermos que empiezan por recibirla á 48° llegan fácilmente á poder tolerar hasta 55 y 56°.

Las inyecciones deben hacerse con mucha lentitud (ocho á diez minutos para un litro), suspendiéndolas en el momento en que se produzca algún espasmo, y no reanudándolas hasta que haya cesado por completo. La presión con que se introduzca el líquido debe ser débil, para lo cual no se colocará el depósito á mayor altura de 30 ó 50 centímetros sobre el nivel del asiento.

El líquido utilizado fué casi siempre el suero fisiológico. A veces ha sido reemplazado el suero por una solución de partes iguales de bicarbonato de sosa, sulfato de sosa y cloruro de sodio. Sin embargo, es preferible el suero artificial, que no irrita el intestino, siempre que los riñones funcionen bien.

Esta enteroclisis de elevada temperatura puede prescribirse, según los casos, por mañana y tarde ó una sola vez en el día, y siempre á la dosis media de un litro.

Es conveniente, antes de practicar la enteroclisis, procurar la evacuación del vientre por medio de una pequeña lavativa de agua á la misma temperatura.

El enfermo debe colocarse en posición horizontal supina, con las piernas en ligera flexión y la pelvis algo elevada, y algunos instantes después de la inyección volverse del lado derecho para facilitar el acceso del líquido hasta el ciego.

El enfermo debe permanecer en la posición dorsal durante algún tiempo, á fin de evitar en lo posible un espasmo, y que el líquido pueda ser retenido en la cavidad intestinal por lo menos durante veinte ó treinta minutos. Esta práctica puede continuarse por espacio de muchos días sin inconveniente de ningún género.

Origen central de algunas parálisis diftéricas, por el Dr. Ausset.
(Sociedad de Pediatría de París, 18 Junio 1907.)

El autor refiere un caso que viene á corroborar el parecer de algunos observadores que consideran á ciertas parálisis diftéricas como de origen central. Se trata de una enfermita de doce años que presentaba accidentes paralíticos generalizados gravísimos; tenía afectados los cuatro miembros, el velo palatino, el nervio facial inferior izquierdo y la lengua. Había también parálisis de la acomodación, estrabismo, y, por último, accidentes cardiopulmonares que pusieron en peligro la vida de la niña. Esta observación es asimismo interesante por el tratamiento empleado.

El mismo día en que se presentaron los accidentes cardiopulmonares graves vió el Dr. Ausset á la enfermita y prescribió las inyecciones diarias de suero antitóxico, inyectándose á continuación 80 c. c. de suero en cinco veces. Desde la quinta inyección mejoraron los síntomas y la enferma curó completamente, confirmando estos resultados los referidos por Comby, Ferre, Haushalter, etc.

El Dr. Barbier considera el suero ineficaz en estos casos de parálisis postdiftéricas tardías, las que, dice, terminan casi siempre por la muerte cuando se presentan accidentes cardiopulmonares.

De esta misma opinión es el Dr. Marfan, el que niega toda eficacia al suero en las parálisis diftéricas ya desarrolladas, atribuyendo las curaciones obtenidas á meras coincidencias.

El Dr. Neter cree que la acción del suero sobre ciertas parálisis diftéricas está hoy bien demostrada por numerosas observaciones, y con el Dr. Comby considera que debe emplearse siempre la seroterapia, pues las inyecciones repetidas de suero no tienen, á su juicio, el menor inconveniente.

Por último, el Dr. Rist hace observar que algunas parálisis diftéricas graves comienzan cuando las reacciones biológicas demues-

tran la existencia en la sangre del suero antitóxico, lo cual desvirtúa la opinión de que pueda ser eficaz dicho suero contra las referidas parálisis.

La punción lumbar en la cefalea de los tabéticos, por el Dr. Babinski. (*Journal des Pratic.*, Octubre 1906.)

El autor hace constar que, si bien la punción lumbar no debe emplearse inconsideradamente, hay muchos casos en que puede prestar grandes beneficios á los enfermos en afecciones rebeldes á todos los demás medios. Tal ocurre con ciertas cefaleas violentas, en las que puede tener efectos curativos muy notables. En una tabética con ceguera por atrofia papilar, debilidad de los reflejos rotulianos y linfocitosis raquídea, que sufría además de dolores de cabeza atroces, contra los cuales se habían mostrado impotentes los diversos anestésicos, se practicó una punción lumbar que hizo desaparecer inmediatamente la cefalea. Un año después reapareció el dolor intenso, que se curó en la misma forma por una nueva punción.

Poseemos, pues, con este medio, un arma poderosa que el práctico no debe escatimar en muchos casos de cefaleas intensas y persistentes.

Tratamiento de la meningitis epidémica, por el Dr. França. (*Deutsche Med. Wochens.*, núm. 20.)

El autor ha dado cuenta de su experiencia personal respecto al tratamiento de esta afección por el método seguido en la última epidemia portuguesa. Desde luego estima que lo más racional para luchar contra la meningitis es la práctica de la punción lumbar de Quincke, porque disminuye la fuerte presión del líquido cerebro-espinal y retira una cantidad considerable de bacterias, así como sus productos tóxicos. Mas como muchos casos de meningitis purulenta curan difícilmente con sólo la punción, França tuvo la buena idea de hacer inyecciones antisépticas en el canal espinal para atacar mejor los gérmenes infecciosos. Después de sacar de 25 á 50 c. c. de líquido mediante la punción lumbar, hacía una inyección de una solución de lisol al 1 por 100. Inyectaba de 12 á 18 c. c. en los adultos y de 3 á 9 en los niños, repitiendo las inyecciones todos los días hasta la esterilización del líquido cerebro-espinal, obteniéndose por este método, según el autor, las siguientes ventajas:

Desaparición de las recaídas, disminución notable de la duración del padecimiento, destrucción rápida de los diplococos, débil adelgazamiento del enfermo, pero sin presentar otros trastornos tróficos graves; y, por último, los fenómenos mentales rara vez se presentan, así como las parálisis y los desarreglos sensoriales. La estadística del autor comprende 47 enfermos tratados de la manera indicada,

de los cuales murieron 29, de éstos 12 con meningitis purulenta.

França administraba además á sus enfermos enemas fríos diariamente y prescribía con frecuencia los calomelanos. Si la albúmina aparecía en la orina, aplicaciones de ventosas en los lomos y la lactosa al interior, y por último, en los estados de adinamia marcada, las inyecciones de aceite alcanforado.

DR. E. VILCHES

Osteo-artropatías y cirugía ortopédica.

Quistes hidatídicos del húmero, por Daniel J. Cramwell.

CONCLUSIONES

1.ª La inmensa mayoría de los quistes hidatídicos de los huesos pertenecen, contra lo que sostienen muchos autores, á la forma común (echinococcus hydatidosus).

2.ª Su evolución no es dolorosa, excepto en caso de infección, y el primer síntoma suele ser, de ordinario, una fractura espontánea.

3.ª Los caracteres de esta fractura espontánea (en los quistes no infectados) son: indolencia, falta de crepitación, ausencia de equimosis, falta de consolidación, etc.; y la falta de síntomas y de antecedentes de tumor, sífilis, osteomielitis, tabes, etc., nos permite hacer un diagnóstico por exclusión.

4.ª La radiografía puede poner fin á nuestras dudas, pues la imagen radiográfica de estos quistes es característica.

5.ª El vaciamiento completo de la epífisis ó la diáfisis enferma puede darnos una curación absoluta.

Tratamiento ortopédico de ciertas formas de la enfermedad de Little. Parálisis espasmódica de la infancia, por M. Froelich.

Todo el trabajo tiende á demostrar lo que ya ha dicho Kirmisson en su *Traité des difformités acquises*, que puede resumirse de la manera siguiente: no se deben tratar más que los niños que no son completamente idiotas, sin esperar un resultado perfecto más que en los casos en los que la contractura está localizada á los miembros inferiores, sin alteración notable de la inteligencia.

(*Revue d'Orthopédie*, 1907.)

Influencia del edema de éxtasis mecánico sobre los huesos en vías de crecimiento. Investigaciones experimentales, por el Dr. Giuseppe Sangiorgi.

Síntesis y conclusiones. — El método seguido para conseguir el edema de éxtasis mecánico en las articulaciones de los animales en su crecimiento, no es más que la exageración del método de Bier,

en cuanto que he prolongado durante largo tiempo (mínimum cinco días, máximum treinta) el éxtasis venoso para provocar el edema propiamente dicho. He estudiado el edema del éxtasis desde el punto de vista de su influencia sobre los huesos jóvenes exclusivamente.

Que la compresión moderada ejercida en la raíz de una articulación con una venda altera la circulación del hueso, se ha demostrado histológicamente con fenómenos de éxtasis venoso en todos los ejemplares, y de edema y éxtasis venoso á la vez, sólo en los de quince, veinte, veinticinco y treinta días.

La tracción mecánica con pesos, hecha sobre las articulaciones posteriores de todos los animales para ensayar la resistencia comparativa, demostró que ésta comienza á disminuir en la articulación edematizada al décimo día de la aplicación de la venda, cediendo antes y con menor cantidad de peso que la del lado opuesto. Mientras más tiempo dura el experimento, más se acentúa esta diferencia. La menor resistencia por parte de la articulación edematosa es debida á que el hueso pierde sales minerales y gana agua, como lo demuestra el análisis químico.

El hueso no pierde en su vitalidad, puesto que la cantidad de materia orgánica permanece inalterable.

El modo de ceder á la tracción las dos articulaciones prueba que el edema hace sentir sus efectos, especialmente sobre la yuxta-epífisis.

En conclusión:

1.° Que la compresión moderada ejercida mecánicamente con una venda en la raíz de una articulación altera la circulación sanguínea y linfática de sus huesos, con fenómenos de éxtasis venoso y linfático.

2.° Que con el predominio del éxtasis linfático (edema) comienza á manifestarse en el hueso en vías de crecimiento una disminución de la resistencia á la tracción mecánica.

3.° Que la disminución de resistencia del hueso edematoso es debida á una pérdida de sales minerales (variable en mis experiencias del 2 al 8 por 100), á la cual corresponde un aumento relativo de agua.

4.° Que el hueso edematoso no sufre aparentemente en su vitalidad, porque queda íntegra la cantidad de materia orgánica.

5.° Que la yuxta-epífisis tómase como el *locus minoris resistentiae.*

6.° Que por el edema del éxtasis no se altera lo más mínimo la estructura del hueso.

(*Archivio di Orthopedia*, 1907.)

Rigidez de la columna vertebral, por Elliot.

La rigidez vertebral propiamente dicha puede haber sido producida por procesos muy diferentes. Según el Dr. Elliot, puede hacerse la siguiente clasificación: forma senil; cifosis de los trabajadores del campo; osteítis deformante; flogosis articular intervertebral anquilosante; rigidez traumática; rigidez muscular. Desde el punto de vista del pronóstico es importante el reconocimiento por medio de los rayos X, toda vez que la terapéutica únicamente podrá ser eficaz cuando no exista anquilosis ósea.

(*Amer. Journ. of Orth. Surgery*, 1907.)

Sobre la osteomielitis gonorreica, por Cupler.

Se trata de un joven en el cual, cinco semanas después de haberse iniciado la gonorrea, se notó dolor en la articulación escápulo-humeral izquierda, tumefacción y fiebre. Practicada una punción, se extrajeron 20 centímetros cúbicos de líquido con gonococos. No teniendo alivio alguno el paciente, le fué practicada la artrotomía, encontrándose con un foco osteomielítico en la cabeza humeral, que contenía un diplococo negativo al método de Gram.

Fractura de la apófisis coracoídea por contracción muscular, por Petty.

Un individuo de cincuenta y siete años, al hacer un esfuerzo violento sintió fuerte dolor en la escápula izquierda, quedando inútil para el trabajo. Reconocido, se observó dolor y crepitación en la región coracoídea; la articulación superior en posición característica de Velpeau. La radiografía confirmó el diagnóstico. Curó por medio del masaje y los movimientos.

(*Annals of Surgery*, 1907.)

Fibroma del menisco externo de la rodilla, por von Brunn.

Una joven de diez y ocho años presenta en la rodilla derecha varios síntomas, que hacen suponer la presencia de un tumor, existente desde hace unos dos años.

Se pensó si sería un tofo articular. Practicada la artrotomía, se observó que en el menisco lateral externo existía una producción de estructura fibromatosa. Extirpada, curó perfectamente.

(*Beiträge zür Klin. Chirurg.*, 1907.)

La coxa vara, por C. Helbing.

El autor estudia esta deformidad en 77 casos procedentes de la clínica de Berlín. Comienza haciendo la historia de la coxa vara, agrupando después los casos, tanto propios como recogidos en libros, según la etiología, de la cual, así como de la sintomatología, etc., se ocupa extensamente.

El nombre de coxa vara quiere sea reservado á las alteraciones en el sentido del varismo de la extremidad coxal del fémur. Estas alteraciones pueden depender de un cambio de dirección de la cabeza respecto del cuello, de incurvación del cuello, de un cambio del cuello con relación á la diáfisis y de una incurvación de la diáfisis inmediatamente debajo del trocánter mayor.

Para calcular exactamente el varismo en la radiografía, se sirve el autor de la medida de un ángulo, uno de cuyos lados está formada por el eje femoral, y el otro por la línea epifisaria de la cabeza femoral.

En la terapéutica prefiere la cura incruenta. Se debe intervenir únicamente cuando las dificultades para la deambulación sean grandes, especialmente en las afecciones bilaterales.

De los procedimientos cruentos prefiere el de Hoffa, de osteotomía subtrocanteriana, reservando para los casos muy graves la resección de la cabeza femoral.

(*Zeitsch. für Orthop. Chir.*)

DR. JOSÉ DE PALACIOS Y OLMEDO

Sobre la acción del suero de Marmorek en las artritis tuberculosas, por Albert H. Freiberg, de Cincinati, O. E. U. A.

A pesar de los numerosos medios de que disponemos para atacar el proceso tuberculoso en las partes accesibles de nuestra economía, sin embargo, desearíamos poseer un medio específico que actuara directamente sobre el elemento infeccioso mismo. Esta manera de ver el asunto se encuentra justificada por dos fundamentales motivos. El primero, porque rara vez podemos encontrar y extirpar completamente el foco ó focos primitivos de infección ósea ó articular; y el segundo, por la gran diferencia que existe entre la cura conseguida por la naturaleza, secundada por métodos ortopédicos, en la cual se consigue la conservación de los tejidos y el restablecimiento de la función, y la cura obtenida por medios puramente quirúrgicos, cuya característica es curar la enfermedad, mutilando los órganos y dejando, la mayor parte de las veces, abolida la función. El camino emprendido por la terapéutica, según estas reflexiones, ha sido aumentar la resistencia orgánica del individuo, mejor que

extirpar focos aislados ó senos infecciosos, porque elevando el tono general orgánico, la curación puede venir de un modo radical, mucho mejor que extirpando aquí y allá focos ó nidos de gérmenes que pueden más tarde aparecer en diferentes sitios.

Semejante proceder, además, encaja de lleno en lo que al especialista ortopédico se refiere; porque buscando éste, para su fin, la mayoría de las veces, métodos conservadores de los tejidos, para después restablecer la función, puede decirse que está en armonía con sus pensamientos el atacar al germen en la sangre misma, ó en hacer que esta sangre tenga las condiciones necesarias para que el germen no prospere. Por esta razón, han llamado poderosamente la atención los estudios de Wright, referentes á las inyecciones de tuberculina y al índice opsónico, y, en cambio, desgraciadamente, muy pocos, ó ninguno, se ha fijado en los trabajos de Marmorek. La relación de los casos observados en Europa, y tratados por el suero de este autor, no deben ser ignorados, y debemos darles la importancia que en sí tienen.

La tuberculina ha sido desde luego utilizada para el diagnóstico y tratamiento de los procesos fímicos, en la creencia de que representa la verdadera toxina ó virus del bacilo tuberculoso, y de que éste es responsable de los dañosos efectos de la tuberculosis. Marmorek cree que esto es un error, como lo demuestra el hecho de que, tanto en los normales como en los hipertuberculosos, la reacción característica no se produce por la tuberculina. Cree que la tuberculina no debe considerarse como la toxina del bacilo tuberculoso, sino más bien como una sustancia capaz de aumentar la producción de la verdadera toxina del bacilo. El organismo normal no reacciona porque no contiene bacilos, y los animales hipertuberculosos tampoco lo hacen, porque las enormes cantidades de bacilos han llevado ya la producción de ella hasta la saturación. La tardía aparición de la reacción en los casos ordinarios de tuberculosis se explica por el lapso de tiempo necesario para la producción de suficientes cantidades de toxinas para provocar la reacción. El objeto de los experimentos de Marmorek es sujetar al bacilo tuberculoso á tales condiciones fuera del cuerpo, que pueda producir la verdadera tubérculo-toxina. Lo principal para producir esta toxina es la posesión de un cultivo fresco de bacilos activos y el llamado suero leucotóxico. Este suero se obtiene haciendo en las terneras una serie de inyecciones de una suspensión de leucocitos del conejillo de Indias, en solución salina normal. El suero de la ternera, tratado de este modo, se usa como medio de cultivo del bacilo tuberculoso. Filtrando estos cultivos, Marmorek ha sido capaz de demostrar la tubérculo-toxina, y por medio de esto ha conseguido experimentalmente inmunizar animales contra la infección tuberculosa. Para

inmunizar el caballo se requieren de siete á ocho meses. El suero extraído del caballo inmunizado es el que contiene la antitoxina, y se emplea terapéuticamente. El método de Marmorek se comenzó á experimentar en 1903, y durante dos años después el suero fué empleado en inyecciones subcutáneas, en dosis de 5 á 10 c. c. Como son necesarias bastantes inyecciones y éstas provocan urticarias y dolores reumatoídeos, esto constituye un inconveniente. Las inyecciones de suero por el recto obvian estas dificultades, con pérdida del poder terapéutico. Esta intolerancia del organismo, que se observa también en otros sueros cuando las inyecciones se repiten, se ha llamado anafilaxia. Teniendo en cuenta que el proceso tuberculoso es muy crónico y su tratamiento por este suero exige numerosas inyecciones, esta anafilaxia es un verdadero inconveniente para la generalización de su empleo.

He empleado ahora este suero en diez casos de afecciones ósteoarticulares tuberculosas. Impresionado favorablemente por la relación hecha por Hoffa, de enfermos tratados por el método rectal, en todos los casos he empleado este método, excepto en uno de meningitis tuberculosa que, como recurso final, se le administraron dobles dosis de inyecciones subcutáneas. El plan consistió en administrar dosis diarias, durante quince días, de 5 c. c. de suero, repetido después el tiempo necesario, con intervalos de diez días. En algunos casos se han empleado dobles dosis. El suero se inyectaba por un catéter de goma unido á una jeringa de cristal, después de haber diariamente evacuado el intestino. Salvo en dos ocasiones, en las que una parte del suero fué expelida, en los demás casos fué retenido fácilmente, sin disturbios de ningún género. Doy testimonio de mi agradecimiento al Dr. Marmorek, por haberme proporcionado gratuitamente el suero para los enfermos pobres.

Esta relación primera, obtenida por el tratamiento por el suero, no es sino un preliminar de más extensos estudios clínicos.

Tengo la esperanza de estimular á otros que sigan estas investigaciones. Es necesario un período mucho mayor de observación que el que yo he tenido para poder emitir un juicio de valor práctico. Cuando nos encontramos con trayectos fistulosos y hay mezcla de infecciones, viéndonos en la necesidad de emplear otros sueros á la vez, es difícil determinar la acción del de Marmorek, aun cuando en tesis general se puede decir que los beneficiosos efectos de las antitoxinas del suero siguen manifestándose con un carácter permanente mientras las inyecciones duran. Con estas consideraciones, vamos á estudiar los casos sin prejuicios.

Caso 1.º—Coxalgia tuberculosa en un chico de diez y nueve años. Se hizo la resección tres años antes. Tenía un trayecto fistuloso que continuaba supurando ligeramente de vez en cuando. Tres meses

antes de la admisión en el hospital se abrió un segundo trayecto en la parte externa del muslo. Cuando se admitió tenía treinta y nueve y medio grados de temperatura, grandemente emaciado. Cura aséptica en el muslo.

Después de dos tandas de inyecciones rectales de 10 c. c. cada una, el estado general mejoró grandemente.

No había fiebre. Apetito excelente. El último trayecto cerrado. El paciente dejó el hospital con el trayecto antiguo supurando ligeramente. Hay que tener en cuenta también que los cuidados y el cambio general y local de condiciones puede haber influído grandemente.

Caso 2.º—Artritis tuberculosa de la rodilla en una mujer de veintidós años. Comenzó insidiosamente hacía diez y ocho meses. Hacía cuatro meses que estaba tratándose con apósito de cuero. Los rayos X demostraron dos focos en la extremidad superior articular de la tibia. Estado general regular.

El tratamiento por el suero comenzó el 28 de Noviembre de 1906. En este tiempo había aún rigidez local é inflamación. Sin fiebre. Por los datos recogidos en Febrero se vió que se le habían administrado dos series de inyecciones.

El estado general notablemente mejorado. La rigidez local desaparecida. Algo ha ganado el movimiento de la coyuntura. Los rayos X han demostrado que los focos óseos se están reparando. Continúa bajo tratamiento.

Caso 3.º—Coxalgia en un niño de seis años. Hace un año se le aplicó un apósito escayolado en el hospital, que abandonó después. Volvió á ingresar emaciado, con la articulación extremadamente sensible y gran limitación en los movimientos. Temperatura, 39º y 40º. La deformación se pudo vencer en cuatro semanas con la extensión continua. Se aplicó un vendaje inamovible. La fiebre empezó á remitir. Hubo síntomas de meningitis. Comenzamos el tratamiento por el suero: 10 c. c. diarios, primero por el recto y después en inyecciones subcutáneas. Como consecuencia de la meningitis murió, sin que en este caso se pudiese notar influencia alguna por el suero.

Caso 4.º—Coxalgia en un niño de unos seis años. El padre es tuberculoso. La enfermedad comenzó á los dos y medio años de edad. Hace dos años fué visto y tratado por mí de una pesada osteopatía. Es un mal caso, con verdadera luxación posterior confirmada por los rayos X. Hace un año se desarrolló un gran absceso. Hubo necesidad de operarle, extrayéndole un gran secuestro de la epífisis. El acetabulum muy afectado; hubo necesidad de drenar en el lado de los adductores y en el de los abductores.

A pesar del tratamiento por el aire libre, ha seguido el movi-

miento febril. Tos y afección pulmonar evidente; gran emaciación. Este enfermo ha sido tratado por tres cursos de 15 enemas de suero. El apetito y el estado general ha mejorado grandemente, y ha ganado bastante en peso. El seno medio y uno de los laterales se han cerrado. El tercero continúa todavía supurando. La temperatura no es tan alta como antes; ordinariamente 38°. Creo que la acentuada mejoría que se ha notado es debida al suero, y debe continuarse por más tiempo con este tratamiento. Puede considerarse como uno de los casos más graves en los cuales el suero ha producido buen efecto.

Para ser veraces hay que añadir que posteriormente hemos visto que la eficacia del suero ha sido sólo temporal, pues el enfermo ha muerto de tuberculosis generalizada. Hay que tener presente que el paciente estaba realmente inundado por los elementos infecciosos.

Caso 5.°—Coxalgia en un niño de seis años. Un año antes comenzó. Los rayos X demostraron un foco yuxta-epifisario en el cuello del fémur, afectando también á la superficie articular. Marcada intranquilidad y gritos nocturnos. Ha sido legrado por una osteopatía que duró varios meses. Es de buena constitución física. No hay pérdida de peso. Hay bastante movilidad en la coyuntura. La extensión continua hubo que abandonarla después de varios intentos, porque la piel no toleraba los esparadrapos. Se aplicó un apósito enyesado y dos series de enemas de suero. El efecto ha sido favorable. Los gritos nocturnos son raros. Sin embargo, no puede formarse un juicio definido en este caso.

Caso 6.°—Tuberculosis de la quinta vértebra lumbar en una mujer de veintisiete años. Hace cuatro años fué operada por otro cirujano, drenando un gran absceso por dos incisiones, una en la ingle izquierda y otra en el lado externo del muslo por debajo de la ingle. Se diagnosticó una artritis sacro-iliaca. El seno de la ingle todavía supura. No hay posterior deformidad. Antes del tratamiento por el suero se formó un gran absceso, que se abrió en el lado derecho de la pelvis, debajo y por fuera de la espina iliaca anterior y superior. En este sitio una pérdida de piel por destrucción del tamaño de un duro. Después de una inyección de 60 gramos de una emulsión de iodoformo en el seno de la ingle izquierda, los rayos X demostraron lesión de la quinta vértebra lumbar. El iodoformo pasaba por delante del sacro al seno del lado derecho. Después de cuatro series de enemas de suero, de 10 c. c. cada enema, el seno del lado derecho se hizo bastante más pequeño. Todavía supura en ambos lados. Esta enferma, cuyo estado general era muy malo, ha mejorado su aspecto, ganando 25 libras. Continúa ahora bajo nuestro tratamiento.

Posteriormente el mejoramiento ha sido continuo. El seno del lado izquierdo se ha curado, el del lado derecho apenas supura. La mejoría es cada vez más acentuada.

Caso 7.°—Muñeca tuberculosa en una mujer de cuarenta y siete años de edad. Hace un año comenzó la enfermedad. Hay un regular desarrollo de fungosidades. Los rayos X demuestran que la parte más afecta es la sinovial. Tiene afección pulmonar con bacilos en los esputos.

Tres series de enemas han producido una mejoría notable, especialmente en la muñeca, que ha disminuído la inflamación, empezándose á mover los dedos. Continúa bajo tratamiento.

Caso 8.°—Proceso tuberculoso del tarso y metatarso en una chica de catorce años. Seis meses de duración. Los rayos X demostraron estar afectos el primero y segundo metatarsianos y el interno y medio cuneiformes. Se le aplicó un vendaje escayolado. Recibió tres series de enemas. Se observó una mejoría local decidida. Continúa bajo tratamiento.

Caso 9.°—Espondilitis dorsal media en un niño de diez años; dos años de padecimiento. Trayectos fistulosos en ambas ingles. Cuatro series de enemas, sin observar efecto alguno notable. Continúa bajo tratamiento.

Caso 10.—Artritis tibio-tarsiana tuberculosa, al parecer de origen sinovial, en un joven de diez y ocho años. Se extirpó el astrágalo, haciendo una disección minuciosa de la coyuntura. Cicatrizó por primera intención. Dos meses más tarde se reprodujo el proceso. Se empleó el tratamiento por el suero, con lo cual remitió la inflamación y la rigidez. El estado general, muy mejorado. Continúa bajo tratamiento.

De la lectura de los casos anteriores puede deducirse que, en efecto, del empleo del suero no se ha visto ningún milagro. En dos casos no se observó nada de particular. En ninguno de ellos hemos sido capaz de conseguir una curación. Hay que tener en cuenta que el tiempo empleado ha sido muy corto. En seis casos se observó una mejoría general ó local que en parte podía ser debida al uso del suero. En dos de éstos la mejoría del estado general fué realmente notable, dado el corto espacio de tiempo de observación. Sin embargo, mi experiencia no me permite poder decir con Hoffa: «el suero de Marmoreck tiene una acción curativa en el curso del proceso tuberculoso que podríamos llamar específica». Yo sinceramente espero que más adelante pueda ser capaz de hacer esta afirmación.

Considerando las probabilidades de cura en los procesos tuberculosos de los huesos y articulaciones por este ó por otro método semejante, hay una consideración de importancia, y es la que se refiere á las destrucciones de tejidos ya ocurridas. En el caso más fa-

orable en que el bacilo se haya podido aislar y destruir y no haya ɔmplicaciones secundarias en otros órganos, nos encontramos con estrucciones más ó menos extensas de tejidos que han de limitar ó bolir la función.

A esto hay que añadir la atrofia de los órganos inmediatos al roceso y la imperfección en la circulación local evidente.

Estas condiciones hacen que las reparaciones sean más ó menos efectuosas.

Por lo tanto, es necesario mirar siempre con prevención las cuaciones; sobre todo ver el estado en que quedan los enfermos, para ɔ hacernos ilusiones de conseguir éxitos que están fuera de la ealidad.

En resumen podemos decir: que el suero de Marmoreck no proluce daño al administrarse; que tiene una opinión favorable entre ɜarios observadores, y que este medio curativo está perfectamente ustificado, enriqueciendo nuestro arsenal terapéutico.

DR. S. GARCÍA HURTADO

Oto-rino-laringología.

El sinus y las sinusitis maxilares en los recién nacidos. (De la *Revista Médico-Quirúrgica de Barcelona*, Febrero 1907.)

Trátase de una niña que ocho días después de su nacimiento presentaba fiebre, molestia respiratoria, rubicundez é inflamación de la mejilla sin causa aparente. Después apareció una fluctuación por bajo del ojo izquierdo, y á la presión del dedo manifestóse un absceso. Algunos días después observóse sobre la encía superior izquierda un pequeño cuerpo blanco y duro que se cayó fácilmente: tratábase de un diente. Produjose una ligera mejoría, que no duró mucho. El absceso suborbitario, que había sido incindido y drenado, dejó una fístula supurante, en cuyo fondo veíase el hueso denudado; en la encía penetraba el estilete en una cavidad; había derrame de pus por la nariz. Se hizo el diagnóstico de sinusitis maxilar izquierda, y se abrió grandemente la cavidad del seno; pero como los tejidos eran muy tiernos, sólo se pudo hacer un raspado insuficiente; estableciose la comunicación nasal, se extrajeron tres dientes, se raspó la fístula, y curó en ocho días; pero la encía tardó cerca de un año en cerrarse. Un año después, la niña se encontraba bien; pero la supuración nasal persistía, y se creía necesaria una nueva intervención. E. Weissmann y L. Fiocre insisten sobre ciertas particularidades de la anatomía del seno maxilar en los recién nacidos. Sappey asegura que el seno aparece al tercero ó cuarto mes de la vida fetal. Según sus trabajos, el seno del feto de término

La corriente galvánica circulante acciona sobre el nitrato de plata, descomponiendo y haciendo penetrar los iones-plata en los tejidos mismos de las glándulas y de la mucosa.

El diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la tuberculosis renal, por el Dr. F. Cathelin. (*Folia urológica*, Septiembre de 1907.)

El Dr. Cathelin aporta en un artículo publicado en el referido periódico el resultado de 20 observaciones personales con una sola muerte operatoria, exponiendo las conclusiones siguientes:

El diagnóstico se establece sobre bases ciertas, gracias á los múltiples medios de exploración moderna, que le dan tal carácter de precisión, que contrasta con la incertidumbre del diagnóstico de otras afecciones quirúrgicas del abdomen, y cuya técnica está perfectamente reglamentada.

Cree que la infección del otro riñón por vía sanguínea se explica por la presencia del canal venoso reno-cápsulo-diafragmático izquierdo, descrito por él y por Albarrán en un trabajo sobre la anatomía descriptiva y topográfica de las cápsulas suprarrenales.

Defiende la intervención precoz por nefrectomía lumbar en los casos de tuberculosis renal unilateral, insistiendo sobre la técnica de la confección del pedículo, que él practica de la siguiente manera: una vez subluxado el riñón sobre las costillas, y atraído hacia fuera, desprende la grasa que le rodea con el dedo, cubierto de una compresa de gasa, lo que le permite distinguir bien cada uno de los grandes vasos, que coge entre los bocados de una pinza de Kocher. Secciona el riñón por fuera de las pinzas, y liga cada uno de ellos separadamente. Considera este método mucho más seguro y mucho más anatómico que el de los clamps.

El uréter, previamente disecado tan extensamente como sea posible, se secciona con el termo-cauterio entre dos pinzas y después se liga.

A esta manera de formar el pedículo lo llama forcipresura fragmentada del hilio.

Coloca dos desagües, uno pedicular y otro ureteral, para evitar los hematomas, y una pequeña mecha entre los dos, y cierra solamente la mitad de la herida. De esta manera ha podido evitar casi siempre largas fistulaciones.

Cateterismo del uréter á través de la vejiga abierta, por el Dr. Legueu. (*Prensa Médica*, Abril 1907.)

Las dificultades verdaderamente insuperables que en algunas ocasiones hacen imposible el cateterismo cistoscópico del uréter, ne-

cesario en casos dudosos para hacer el diagnóstico, sobre todo de la tuberculosis renal, decidieron en cuatro ocasiones á M. Legueu á practicar la abertura de la vejiga para llevarla á cabo, y solucionar de esta manera los problemas á que la clínica no podía dar solución.

La operación, lejos de ser sencilla, resulta generalmente bastante delicada, teniendo en cuenta que no se trata de una vejiga normal, en la que con facilidad se encuentran los orificios ureterales, sino de una vejiga pequeña, contraída aún bajo la acción del cloroformo, inextensible y sangrando todas sus ulceraciones, y en la que estos orificios, escondidos en el fondo de un pliegue de contracción ó en las anfractuosidades de una úlcera, se descubren difícilmente, siendo necesario á menudo esperar largo tiempo para ver la eyaculación ureteral y aprovechar la abertura que impone al orificio.

Fundándose en estas consideraciones, Legueu procede del siguiente modo:

Cloroformizado el enfermo y colocado en posición declive, inyecta en la vejiga la cantidad de aire esterilizado que puede tolerar su excesiva contractilidad. Incinde la pared abdominal longitudinalmente sobre la línea media como en toda talla hipogástrica, y rechaza con el dedo el peritoneo hacia el ángulo superior de la herida; con su separador especial para la talla mantiene separados los músculos de la pared abdominal é incinde transversalmente la vejiga, porque, según él, es preferible esta incisión en todas las tallas en que han de hacerse maniobras delicadas, y entre éstas se encuentra el cateterismo ureteral; fija la vejiga por su labio anterior á la piel del pubis y por su superior á los botones del separador, y por último coloca, si es necesaria, la valva mediana.

Preparado así el campo operatorio, da principio al cateterismo del uréter, para lo cual introduce por la uretra una sonda acodada núm. 22, y cuando ha atravesado el cuello de la vejiga, corta su extremidad de modo que queda convertida en un tubo, dentro del que se introducen las sondas ureterales para que puedan deslizarse sin que haya peligro de que se doblen ó acoden, condición que es indispensable para su buen funcionamiento.

Preparadas así las sondas, comienza el tiempo verdaderamente difícil de la operación: el hallar los orificios ureterales; se busca en el sitio que corresponde á la banda interureteral, y si en el sitio correspondiente no se ve se tantea entre los pliegues, tratando de hacer avanzar la sonda y entre las anfractuosidades en el sitio que parece corresponder al lugar de los supuestos uréteres, y por último, se espera á ver la eyaculación.

El mejor medio, según Legueu, es emplear una sonda fina acanalada y encorvada. Si la extremidad de la sonda se introduce

fácilmente en un pliegue ó en una anfractuosidad, no cabe duda de que es el uréter. Entonces se toma la extremidad de la sonda ureteral con unas pinzas de disecar, y dirigiéndola al sitio que ocupa la acanalada, se introduce haciéndola caminar poco á poco en una extensión de ocho ó diez centímetros.

En cuanto al uréter, que debe cateterizarse, opina Legueu que cuando hay necesidad de recurrir á la talla para encontrar un orificio ureteral es necesario aprovechar la menor ocasión y hacer el cateterismo del que se encuentre con más facilidad, siendo preferible sondar los dos uréteres y no renunciar á ello sino en el caso en que sea verdaderamente imposible ó en el caso en que la eyaculación de uno de ellos sea francamente purulenta, en cuyas circunstancias no se preocupa sino del lado que parece sano.

Una vez colocadas las sondas ureterales, aprovecha la abertura de la vejiga para hacer la cura de las lesiones que en ella encuentra, y por fin la sutura como en los casos ordinarios, dejando las sondas ureterales por espacio de dos ó tres horas, lo suficiente para recoger la cantidad necesaria de orina para hacer un análisis.

Dr. González Bravo

BIBLIOGRAFÍA

Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las vías urinarias. por el Dr. D. Alberto Suárez de Mendoza.

Con este título ha dado á la estampa el ilustre profesor Sr. Suárez de Mendoza, reunidas en un tomo, las lecciones pronunciadas por él en la Facultad de Medicina de Madrid. Es el primer tratado de enfermedades de las vías urinarias que se publica en España, y en él están condensadas con gran sencillez y exquisito sabor práctico todas las cuestiones de actualidad que han hecho de la urología moderna una importantísima rama de la medicina.

La obra está dividida en cinco partes, dedicada la primera al estudio de cada uno de los síntomas y á la interpretación clínica y valor semeiológico de ellos. En esta parte expone también los medios de exploración, dedicando un espacio preferente á los modernos; la cistoscopia, la exploración de los riñones y de los uréteres y el cateterismo de los uréteres, la separación endovesical de las orinas y la interpretación del análisis de orina están tratados y expuestos de modo tan claro y tan sencillo, que facilitarán su estudio á alumnos y profesores, para poder realizar con su técnica la solución de importantes problemas de clínica.

Las otras cuatro partes del libro están dedicadas al estudio del

diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato urinario. El de la blenorragia, tanto aguda como crónica, ocupa una buena porción de la segunda parte, como demanda su importancia, tanto por ser un factor etiológico importante en gran número de las enfermedades urinarias, como por las lesiones que por sí misma produce, así como por las consecuencias que para la sociedad tiene su paso al estado crónico; y, por lo tanto, se comprende el esmero que pone el autor en vulgarizar su tratamiento en cada uno de los tres períodos en que los enfermos se presentan á ser tratados.

En la dedicada al estudio de las enfermedades de la próstata está tratada de mano maestra la hipertrofia de esta glándula. Después de analizar los diversos períodos de la evolución de dicha dolencia, y de dar á conocer el tratamiento higiénico y sintomático en cada uno de ellos, aborda el problema del tratamiento curativo.

Los dos procedimientos de exéresis de la glándula, el de Proust ó perineal, y el de Freyer ó transvesical, están minuciosamente descritos, y haciendo un paralelo entre ambos y pesando las ventajas é inconvenientes que la práctica le ha venido á confirmar, se declara partidario acérrimo de la vía hipogástrica, considerándola, con razón, más fácil y de mejores resultados terapéuticos.

Con igual esmero están tratadas en la cuarta y quinta parte de la obra las enfermedades de la vejiga y del riñón, y especialmente lo que se refiere á la tuberculosis y neoplasias de este último órgano.

Finalmente, y en un apéndice, se ocupa de la infección é intoxicación urinosa, asunto tan importante, como que es consecuencia de un sinnúmero de lesiones del aparato urinario, y que, como dice el autor, con sobrada razón, tanto interesa al especialista como al médico general, pues el envenenamiento urinoso en sus diversas formas clínicas es uno de los padecimientos que con más frecuencia reclaman sus auxilios».

Felicitamos muy cordialmente á nuestro compañero y amigo el Dr. Suárez de Mendoza por la publicación de su libro, que seguramente ha de difundir entre nosotros estudio tan importante como la urología, y deseamos muy sinceramente que tenga la acogida que merece.

DR. GONZÁLEZ BRAVO

La anquilostomiasis considerada como un nuevo caso de accidente del trabajo. Conferencia dada en la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación de Madrid con el epígrafe «Las obligaciones del Estado ante un nuevo caso de accidente del trabajo», por el Dr. José Codina Castellví, médico de número, por oposición, del Hospital General.

Cúmplese en este discurso el noble empeño de llamar la atención de los Poderes públicos para que éstos eleven el espíritu de las leyes hasta la altura de la ciencia contemporánea, y especialmente de

la higiene social, en lo relativo á la salud de los obreros. Procura el autor apartarse en lo posible del tecnicismo médico, y en lenguaje correcto, y muchas veces elocuente, denuncia ante la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación los estragos que en los trabajadores produce actualmente en España la anquilostomiasis. Con razón sobrada y datos positivos, pide el distinguido conferenciante que se emprenda una campaña contra este terrible flagelo tropical, importado por nuestros repatriados de Cuba y Puerto Rico y existente hoy en las explotaciones mineras de la Península en cantidad enorme y abrumadora. Dice el Dr. Codina y Castellví que «en Linares casi todas las minas tienen obreros anémicos anquilostomiásicos, y que hay algunas, como las de *Arrayanes* ó *El Romero*, el *Coto de la luz* y *San Miguel*, y en La Carolina, *San Fernando*, en que el número de estos enfermos llega á más del 80 por 100». El ilustrado médico clama, con acentos de verdadera alarma, para que se ampare á tantos atacados por el funesto parásito de la uncinariosis, y da detallada cuenta de la peregrinación constante, diaria, á las puertas del Hospital General, «peregrinación—dice—que nos coloca en el triste caso, en muchas ocasiones, de tener que decir á los infelices enfermos que no hay camas suficientes para albergarles».

Innegable la importancia de este asunto que el Dr. Codina y Castellví presenta ante la Academia de Jurisprudencia, desde diferentes puntos de vista. Dedica la mayor parte del discurso á demostrar «que la anemia de los mineros parasitaria es un *accidente del trabajo*, es una enfermedad que tiene por característica fundamental una lesión corporal localizada en la sangre, que se contrae con ocasión del trabajo en las minas, y que, además, no es inherente á la esencia del trabajo minero, y es perfectamente evitable». El orador consigue la terminante demostración de presentar un *nuevo caso* de accidente del trabajo. Pero lo logra analizando una deficiente definición de la ley. Seguramente, por este camino, la lista de estos accidentes sería interminable. El legislador no pudo abarcar tal número de *lesiones corporales* como comprende en su concepto la Academia Española de la Lengua. No es éste, por lo tanto, el mérito más saliente de esta obra del Sr. Codina y Castellví. La importancia de la conferencia, donde más resalta y está justificadísima, es al señalar, en nombre de la higiene, una plaga social y llevar al pensamiento de los modernos legisladores los conocimientos formados por la ciencia para que se adapten á las reglas de gobierno y puedan así evitarse las causas de enfermedad. En este punto es cuando brilla el trabajo del Dr. Codina y Castellví, y resulta más elocuente y admirable, porque al talento y cultura del disertante parece que se une la aureola de un apostolado sacratísimo.

Encontrado en España el *Anchilostoma* de modo tan alarmante,

es necesario vigilar muy atentamente los casos de anemia, y es preciso combatir la diseminación del mal, estableciendo una profilaxis apropiada en los individuos que trabajan en fábricas de ladrillos, en túneles y en minas. No se trata ya de un capítulo más ó menos curioso de la patología, de estudio relegado principalmente á los médicos de América. Está ya aquí la infección descubierta. Y merece gratitud y aplauso el Dr. Codina y Castellví, por haber advertido el nuevo peligro, haber llevado la experiencia científica hasta los hombres que más influyen en la fundación de las leyes, y haber procurado, con su palabra elocuente, sacudir á la sociedad inerte y á los gobiernos burocráticos, para que despierten y aviven las iniciativas generosas y las energías regeneradoras, en beneficio de la salud del pueblo.

Le langage musical et ses troubles hystériques. Études de psychologie clinique par le Dr. Joseph Ingegnieros, professeur à l'Université de Buenos Aires, directeur du Service d'Observation des Aliénés. París, 1907.

El autor de este libro genial y genuinamente progresivo es una de las figuras más salientes entre los profesores de la República Argentina; un publicista de erudición copiosa y universalmente reputado, sobre todo por sus estudios de los hombres anormales, en lo relativo á la criminología científica. Investigador del determinismo y las modalidades del delito; observador penetrante de las reacciones que sufre la psiquis humana en sus diversas formas clínicas; definidor perspicaz de las novísimas concomitancias de la psicopatología con el derecho penal y civil; trabajador incansable; escritor de estilo neto y de inspiración fecunda, el Dr. Ingegnieros ocupa lugar preferente y honroso en esa moderna legión de escudriñadores de almas, que han libertado á la psicología del peso de la vieja filosofía abstracta, y han disipado las obnubilaciones producidas por las teorías escolásticas en el campo de las ciencias biológicas. Especialista en patología nerviosa y mental, ha escrito Ingegnieros páginas de extraordinario mérito en un libro titulado *Simulación de la locura ante la criminología, la medicina legal y la psiquiatría*, obra laureada con el *Premio de la Academia de Medicina* de Buenos Aires, destinado á recompensar el mejor trabajo científico publicado en el país. Artista y literato, cuando fué á Roma para representar á la República Argentina en el V Congreso Internacional de Psicología, escribió sus impresiones, reunidas en un tomo que se titula *Italia en la ciencia, en la vida y en el arte*; y en estas páginas, que el autor advierte de antemano son un descanso, un breve paréntesis en los estudios científicos, hemos visto el espíritu de un poeta, el genio que pasa los límites de una indagación analítica y experimental, y llega á la armonía y la expresión donde palpita la ciencia indefini-

ble é inefable de la belleza que encanta y emociona. Este es, á grandes rasgos, José Ingegnieros, el catedrático de la Universidad de Buenos Aires, que nos sorprende á cada paso con nuevas producciones de su labor intensa, y nos envía, en sus triunfos de sabio y en sus geniales esplendores, raudales de aquel afecto que el maestro inolvidable, Federico Rubio, buscaba al crear esta REVISTA, saludando á los profesores americanos con sentida frase, aquí siempre repetida, de: «no acudo á vosotros ostentando autoridad ninguna; antes al contrario, acudo como un hermano venido á menos, que busca en su desgracia el calor del hogar de sus otros hermanos».

La obra *Le langage musical et ses troubles hystériques*, lujosamente editada y correctamente escrita en francés, es sobre todo el estudio original, y lo más completo posible á la hora presente, de las perturbaciones extrañas y complejas que pueden sobrevenir en los histéricos por la emoción producida por la música. El profesor Sergi se ocupó detenidamente de las excitaciones de esta clase, refiriéndolas principalmente á la educación musical y tratándolas bajo el punto de vista que consiste en explicar los fenómenos vitales como fenómenos mecánicos. S. Dogiel, citado por Sergi, habló de la influencia de la música sobre el pulso y la respiración. El profesor Tarchanoff ha publicado experiencias de la influencia de la música referentes á la actividad neuromuscular y á la intensidad de las oxidaciones de los tejidos animales. El libro de Ingegnieros ahonda más, se hace más práctico en esta clase de estudios, y sus observaciones forman un nuevo capítulo de las amusias y una moderna nomenclatura clínica, porque ningún autor había descrito hasta ahora hechos de esta naturaleza. El ilustre profesor argentino trata brillantemente en la primera parte de su libro del origen y función del lenguaje musical según la psicología biológica; de la psicofisiología de la emoción musical, y de las formas y evolución de la inteligencia musical. En la segunda parte, que consta de siete capítulos, se ocupa con verdadero acierto del lenguaje musical y sus desórdenes histéricos. El autor menciona que Charcot ha observado y descrito formas especiales de afasias en las cuales predominaban las perturbaciones del lenguaje musical, y dice que otros clínicos eminentes hicieron observaciones que constituyeron el capítulo especial de las *afasias musicales*. El Dr. Ingegnieros demuestra que se observan tantas formas de amusias como hay formas de afasias, siendo análogo su mecanismo fisiopatológico, y establece la novísima clasificación fundada principalmente en observaciones clínicas. Todas las dismusias pueden presentarse en los histéricos. El grupo fundamental está formado por las amusias ó afasias musicales, en las que se observa el carácter específico de todos los accidentes histéricos sistematizados. Todas las amusias histéricas responden á una loca-

lización funcional y no á una localización anatómica. Las hipermusias y las paramusias completan la clasificación.

No es ésta ocasión de examinar detenidamente las observaciones de Ingegnieros. Implican éstas el complicado problema de los desórdenes mentales de la histeria, entre los que resalta aquí la impotencia psíquica de hacer obrar la voluntad para producir sonidos. El autor trata de armonizar las dos teorías fundamentales: la psicológica de Janet y la fisiológica representada por Sollier. Nos detenemos ante el temor fundado de hacer demasiado larga esta nota bibliográfica. Nos llevaría muy lejos el querer dar una opinión de estas indeterminadas alteraciones de la naturaleza orgánica, y el empeño de emitir un juicio sobre los estados enfermos del espíritu producidos por las emociones, esas sacudidas del sentimiento que desvían á veces la función de las células nerviosas, y en otras ocasiones suspenden la asociación libre y natural de los elementos intelectuales. Son las condiciones del individuo, el cauce más ó menos peligroso de estos desbordamientos, ya que la emoción, según dice Kant, obra como el agua que rompe un dique. Seguramente no debe ser ésta la obra definitiva del laborioso catedrático de Buenos Aires en el difícil trabajo de investigar los puntos de contacto que tienen en esta cuestión ciertos síntomas físicos, con sus vaguedades inescrutables, y los síntomas morales, con sus caracteres indefinidos y sus caminos ignorados.

En suma: el Dr. Ingegnieros ha hecho un libro notable. *La langage musical et ses troubles hystériques* no puede pasar desapercibido para los hombres estudiosos. Pero esperemos. El entendimiento agudo, la razón clara y luminosa del autor argentino ha de hacer mucho todavía en esa gran tarea de analizar los estrechamientos del campo de la conciencia y las disgregaciones mentales, de que habla Janet, caracterizadas por la tendencia al desdoblamiento de la personalidad. Las facultades y aptitudes de Ingegnieros se adaptan poderosamente para esos estudios de las manifestaciones morbosas causadas por representaciones que escapan tantas veces á la observación. Y el genio vigoroso de este publicista eminente y psicólogo profundo ha de penetrar más en ese enigma de la individualidad psíquica, que Höffding puede señalar como uno de los límites positivos de la ciencia, pero que los modernos pensadores, como Ingegnieros, han de seguir minando para encontrar nuevas fases de esas sensaciones, que juntamente con el recuerdo obran misteriosamente sobre el alma inundándola de sentimientos, y han de preparar las orientaciones recientes de la filosofía científica.

Tabaco.—Tabacomanía.—Tabaquismo, por el Dr. E. Lavalle Carvajal. México, 1907.

Es interesante la lectura de este libro, de 188 páginas, dedicadas á la lucha antitabáquica, por el ilustrado Dr. Lavalle Carvajal, de México.

La obra constituye un resumen bien escrito y perfectamente documentado de lo que se sabe del tabaco y de los daños que produce en el organismo humano, sobre todo por los alcaloides que dicha planta contiene, principalmente la nicotina, que es el mejor conocido y estudiado. El autor llega á la afirmación de que el tabaquismo contribuye con muy poco á la producción de las afecciones en cuya etiología figura, y dice que por lo regular es simple exacerbante de un grupo de síntomas. Se encuentran en el minucioso trabajo del Dr. Lavalle Carvajal nuevos análisis químicos, atinadas observaciones y datos excelentes de verdadero provecho para la higiene moderna.

Es de una realidad sentida y reproducida con donaire y delicioso estilo el capítulo en que se hace viva pintura de cómo se adquiere por imitación, por el deseo de *ser hombre*, el hábito de fumar, que se conserva por decaimiento de la voluntad. Y es un estudio notable, de enseñanza profunda y meditación seria la parte dedicada á la descripción del *cáncer de los fumadores*, atribuído científica y vulgarmente á la irritación constante de las mucosas labial y lingual por la pipa, el cigarro y el cigarrillo.

La *fuerza* de voluntad para abstenerse de usar el veneno es el único tratamiento del tabaquismo. Esto declara el distinguido doctor mejicano, «vigoroso campeón de la lucha contra el tabaco», apreciable médico, que también declara que no tiene esa *fuerza de voluntad*.

Y dice que se fuma unos 50 cigarrillos diarios.

Juicio crítico de los remedios con prescripciones y fórmulas selectas, por el Dr. D. Camilo Calleja. Madrid, 1907.

El ilustre publicista Dr. D. Camilo Calleja, bien conocido en el mundo médico por sus notables obras, se propone publicar en cuatro fascículos el *Juicio crítico de los remedios*, leído ya con avidez en las columnas de nuestro querido colega *El Siglo Médico*. Hemos recibido el fascículo primero, que comprende la letra A. Forma un tomito de 175 páginas, que recomendamos muy encarecidamente. Por orden alfabético, y de modo conciso y claro, están hechas las críticas de los medicamentos y las anotaciones fruto de la sabia y fecunda experiencia del autor.

Nociones clínicas de las aguas minerales, por el Dr. Camilo Calleja. Madrid, 1907.

En esta otra obra del reputado médico de Valladolid Dr. D. Camilo Calleja se facilita al práctico el conocimiento de las acciones de las aguas minerales. Es un precioso opúsculo, que contiene metódicamente los datos y juicios clínicos de interés. El sumario del libro es como sigue:

I. Aguas más indicadas en cada enfermedad.
II. Clasificación y nomenclatura.
III. Efectos de las aguas minerales.
IV. Indicaciones y contraindicaciones.
V. Indice de las aguas minerales más importantes de España.

El Dr. Camilo Calleja hace labor de gran provecho, evitando considerable trabajo á los estudiosos. Sus *Nociones clínicas de las aguas minerales* son de utilidad suma en la biblioteca del médico práctico, porque ahorran esfuerzos en la tarea de resolver estos complicados problemas y establecer la indicación de estos recursos curativos.

DR. LÓPEZ CAMPELLO

Higiene de los huesos y de las articulaciones del niño. Apuntes para un libro, por A. Martínez Ángel.

Hemos leído detenidamente el libro en cuestión. Tenemos la seguridad de que se leerá muy poco. Sin embargo, el libro es bueno, es instructivo, no es pedante, y el asunto que el autor trata le es bien conocido y es el fruto de muchos años de trabajo. A pesar de esto, el libro no se leerá, y no se leerá precisamente por esto, por ser bueno.

¿Habéis leído nada más castizo, bien hecho, bien observado, profundo y sencillo á la vez, accesible á cualquier inteligencia, que las obras hermosas de D. Federico Rubio? ¿Conocéis bien lo que escribió? Pues á pesar de todo, en el almacén de esta REVISTA hay ejemplares de las pequeñas ediciones que hizo de ellas, y allí hubieran dormido el sueño de los justos ó servido á las ratas de pasto, si no hubiéramos determinado regalarlas. Aun así, estoy seguro que apenas se leerán.

¿Qué es esto? ¿Por qué es esto? Pues es sencillamente que todavía estamos en principio de un período evolutivo y que no acertamos á juzgar bien las cosas, á verlas como son y no como nos dicen, á discernir por nuestra cuenta de nuestros actos y de los de los demás, y necesitamos todavía la tutela de otro juicio que nos diga lo que debemos hacer, lo que debemos admirar ó lo que debemos desechar.

Yo no explico la moda de otra manera sino por un juicio imper-

fecto de las cosas. Las tomamos porque las vemos en los demás, y la imitación, que es una cualidad atávica, impera.

No me extrañará, pues, querido amigo D. Antonio, que su libro de usted no se lea. Así le pasó á D. Federico, y en ese punto no creo que vaya usted en mala compañía.

El libro, como su nombre indica, se ocupa de la higiene del aparato de sustentación en el niño. Tiene ocho capítulos, en los cuales estudia la esclavitud del niño en pañales, higiene del mismo, inspección del niño, enfermedades que deforman el esqueleto, estática del niño en pie, dinámica del niño, el niño en la escuela y el niño en el taller. Lleva 150 fotograbados originales.

Respecto á la bondad del mismo, yo no he de decir nada porque pudiera parecer interesado, dadas las relaciones que con el autor me unen. Sólo, sí, diré que deben conocerlo los que á esta clase de asuntos se dediquen, así como los cirujanos todos.

Diagnóstico de las enfermedades internas fundado en los actuales métodos de exploración, por el Dr. Osvaldo Vierordt, traducida del alemán por el Dr. D. Miguel Gil y Casares.

El Dr. Vierordt era profesor numerario y director de la Policlínica médica y de la Clínica Pediátrica de la Universidad de Heidelberg.

En la mañana del 2 de Septiembre de 1906 tenía lugar en la Nueva Policlínica de Heidelberg la reunión inaugural de la Sociedad «Viajes de estudios médicos». El secretario general, Dr. Oliven, leía el discurso de apertura. «Pronto llega la muerte», decía al dedicar un piadoso recuerdo á los compañeros fallecidos durante el año; y en aquellos precisos instantes el profesor Vierordt, que hojeaba en el local contiguo las cuartillas del discurso que iba á leer, murió repentinamente, trágicamente, en aquella casa fundada por su iniciativa—dice en el prólogo el traductor.

El libro actual, traducido de la séptima edición alemana, tiene una tendencia hipocrática marcada. Estudio del *consensus unus*, reduciendo lo que pudiéramos llamar esquematización de las enfermedades á sus justos límites; el examen clínico debe atender siempre á la totalidad del individuo.

Antiguamente sólo se reconocía la tisis pulmonar, por ejemplo, después de un examen detenido del estado general, de la temperatura y de los síntomas pulmonares. Hoy se diagnostica fácilmente en el laboratorio, sin ver al enfermo. Pero hay que reconocer que el método antiguo implicaba la necesidad de ilustrarse sobre las condiciones del individuo, y naturalmente hacía que el médico tomase

en consideración la forma morbosa individual, es decir, las características de cada caso.

Hay multitud de formas tuberculosas que el laboratorio no puede precisar. Debe hermanarse el laboratorio y la clínica. Esta es la tendencia del presente libro. En él se estudian de una manera acabada los medios modernos de investigación de que el médico dispone para formar juicio de los distintos padecimientos; y es tal la claridad y precisión de los detalles, que pronto se ve que el libro está hecho por un hombre de superior inteligencia. Felicitamos sinceramente al Dr. Gil y Casares por haber enriquecido la literatura médica española con una obra como la del Dr. Vierordt.

Manual de Química clínica, por el Dr. Rafael Supino, de Pisa. Traducido por el Dr. Augusto Pi y Suñer.

Es el presente librito un auxiliar de importancia para el médico práctico. A la investigación clínica debíamos todos indudablemente contribuir, tanto el médico más ilustre como el práctico más humilde, puesto que con unas cincuenta pesetas puede adquirirse lo más indispensable para los análisis químicos, supliéndose lo demás, es cierto, con más trabajo, pero con buena voluntad. Esta suma de averiguaciones hecha por todos daría un contingente de datos utilísimos, y el conocimiento de los hechos y sus causas, que es lo que llamamos ciencia, avanzaría más rápidamente. Además, sería un otro motivo de ingresos para el médico.

En este libro se explica de una manera clara y detallada las operaciones fundamentales físico-químicas, análisis de los jugos orgánicos, de las secreciones y excreciones, y termina con un estudio experimental del recambio nutritivo.

Vocabulario de Medicina doméstica ó Terapéutica popular al alcance de todos, por el Dr. José María Troya, del Ecuador.

Esta obra, magníficamente editada por B. Herder, de Friburgo (Alemania), está escrita para los países sudamericanos, y en especial para el Ecuador. Su autor, profesor de Botánica y Física médica en la Universidad Central del Ecuador y ex decano de la antigua Facultad de Ciencias de Quito, se ha propuesto, y lo ha conseguido, escribir un excelente tratado de Higiene, del arte de prevenir las enfermedades más que de curarlas, y hojeando sus páginas se encuentran observaciones atinadas, descripciones sencillas al alcance de todos y medios de prevenir las enfermedades más comunes.

Consideramos este *Vocabulario de Medicina doméstica* como una excelente obra de cultura general, de educación higiénica, de pre-

vención de dolencias y de curación por medios sencillos, hasta que el médico llegue, de la infinidad de accidentes que al hombre puedén diariamente ocurrir.

Estos libros son de verdadera utilidad en las casas de campo, aldeas pequeñas, casas de labor, y especialmente en los países como la América del Sur, donde hay grandes extensiones de terreno, y la población tiene que estar muy diseminada. En estos puntos los percances imprevistos aturden y alarman de tal modo que se dan casos de heridas y hemorragias consecutivas abundantísimas, sin que nadie haga la menor cosa por el herido. También entre nosotros se refieren casos de muertes en niños hemofílicos por pérdidas de sangre consecutivas á la simple aplicación de unas sanguijuelas. Tampoco en estos casos estaría mal un librito que dijese:

«Cuando la sangre que fluye por las pequeñas heridas que dejan las sanguijuelas al desprenderse no se puede restañar por la aplicación de diferentes medicamentos ó del termo, se pone un dedo de la mano en las boquillas el tiempo que sea necesario, y la sangre dejará de fluir.»

Felicitamos sinceramente al Dr. Troya por su libro, cuya utilidad para los países donde lo destina es innegable, y deseamos se difunda todo lo posible en bien de sus compatriotas.

Los medicamentos hipnóticos y la medicación hipnótica,
por el Dr. D. Antonio Piga.

Es el Dr. Piga un joven y estudioso compañero, discípulo predilecto del Dr. San Martín, en el cual alientan los espíritus emprendedores de la juventud.

Lejos de amanerarse con los mil engorros de la práctica médica diaria, escribe libros como *Las bebidas alcohólicas, El alcoholismo, Las costumbres y la higiene* y el actual, que demuestran la constancia en el estudio y el trabajo, única manera de llegar á pasar el nivel medio ordinario.

El libro lleva un prólogo de nuestro amigo el Dr. Tolosa Latour, escrito con la sencillez y galanura que él sabe escribir. Está editado por la casa Hernando, y esto constituye ya un motivo de triunfo para el Dr. Piga.

La obrita consta de dos partes. En la primera estudia los medicamentos hipnóticos, y en la segunda la medicación hipnótica. Felicitamos al autor.

DR. S. GARCÍA HURTADO

VARIEDADES

Aviso importante. — Teniendo en cuenta que desde 1.° de Enero de 1908 esta REVISTA publicará un número mensual, cuyo texto corresponda á la mitad de los que hasta esta fecha contenía cada uno de los bimensuales, se suplica á todos los colaboradores que limiten sus trabajos de modo que no excedan de ocho páginas de impresión, conocido como es el tamaño de las mismas.

De qué manera se debe enseñar y se debe aprender la Obstetricia, por el DR. CARMELO GIL É I., *del Instituto Rubio.*— No es mi propósito, al desarrollar este tema, hacer un estudio detenido de los males que desde tiempo atrás se sienten en las Universidades españolas, y que, abandonados á sí mismos, han ganado terreno gradualmente con mengua de la intelectualidad nacional.

Con el régimen que impera hoy en la Universidad, todos sabemos que el estímulo para los estudios desaparece. Pero no es eso sólo; sabemos también que la suprema importancia de los métodos de enseñanza en las Universidades alemanas—pongo por caso—estriba en que los alumnos realizan ellos mismos el trabajo, bajo la dirección del profesor. En vez de los métodos pasivos y de exposición, en que el profesor hace todo el gasto, ante alumnos transformados en simples oyentes, funcionan los métodos activos ó de excitación, que generalizan el trabajo á toda la clase. Nuestros conocimientos, según una sabia máxima de la pedagogía alemana, no nos pertenecen mientras no se han convertido en facultad y en instinto, ó mejor dicho, en aptitudes. La inteligencia es un instrumento que debe afinarse, y no un saco que debe rellenarse.

Sabemos más: sabemos que es errónea la idea de considerar como base principal de los progresos en la enseñanza la reforma de los programas y la adopción de buenos textos; bastará tener presente que aquéllos son más ó menos iguales en Francia y en Alemania, y, sin embargo, en opinión de todos los que se dedican á estas cuestiones, la enseñanza que sobre ellos se desarrolla es bien diferente en uno y otro país. El alumno francés, y de hecho el español, recibe una educación teórica, mediante lecciones orales y textos; el alumno alemán queda colocado, desde el primer día, en la categoría de experimentador, en contacto con las realidades del mundo, y sólo después que ha experimentado y que conoce esas realidades, aprende la teoría. El estudiante latino aprende las lenguas con ayuda de gramáticas y diccionarios, y jamás llega á hablarlas; aprende la física y las demás ciencias con ayuda de libros, y jamás

llega á conocer el manejo de un instrumento; mientras que el joven anglo-sajón aprende las lenguas hablándolas incesantemente; la física, manejando instrumentos; la ingeniería, incorporándose á un taller, sin perjuicio de la parte teórica, que tiene su aplicación después. La enseñanza reposa, en un caso, sobre el estudio de los libros; en el otro, sobre la experiencia.

Y sabemos que no basta que la enseñanza se haga experimentalmente y que el profesor entienda que deja cumplidas las exigencias pedagógicas realizando personalmente las experiencias, sin darse cuenta que incurre en el mismo error en que caería el profesor de gimnasia que se limitara á realizar ejercicios ante la clase, sin poner á contribución, al mismo tiempo, los músculos de sus alumnos; y que otras veces es el alumno quien experimenta, pero sin razonamientos ni explicaciones de ninguna especie, de tal manera que los mismos experimentos se convierten en simples ejercicios de memoria; que el profesor debe hablar poco, pero en cambio debe procurar que los alumnos hablen y trabajen mucho; que las largas disertaciones ninguna huella dejan, y, en cambio, producen un sentimiento de hastío que relaja la disciplina mental y debilita los hábitos de trabajo; que mucho más eficaz es el diálogo, seguido de explicaciones complementarias, de ilustraciones en la pizarra, de experimentos y de un amplio uso de los aparatos de proyección, porque hay cosas que entran más por los ojos que por el oído; que de simple fiscalización de estudios, el examen anual se ha transformado en un fin de enseñanza; y que dos altos fines debe perseguir la educación: tratar de que el alumno sea un buen animal, valga la frase de Spencer, es decir, que tenga un cuerpo robusto y resistente, y tratar de que sea á la vez una personalidad, es decir, que tenga voluntad y carácter, que sepa decidirse él solo, permanecer en su decisión y encontrar en ello su felicidad.

Y á pesar de que todas estas cosas y otras muchas sabemos, resulta que las reformas no se llevan á cabo, que seguimos hoy como ayer, y ayer como el día antes, dejando que el tiempo pase, y agrandando cada vez más, con nuestra apatía, la enorme distancia que en cuestiones de enseñanza nos separa de los demás pueblos.

*
* *

No es posible separar, al estudiar la manera de aprender la obstetricia, el *enseñar* del *aprender*, y es preciso, por lo tanto, hablar de lo primero cuando se desea escribir algo sobre lo segundo.

El fundamento de toda la enseñanza obstétrica está encerrado (como el de todas las ciencias) en el dicho de Aristóteles: «*Saber es hacer*»; de esta manera tan sencilla dejó formulada el sabio la base única y fundamental de la enseñanza.

Es el *Wissen* (1) y el *Können* (2) de los alemanes. *(In der praktischen Medicin bedeutet können Alles, Wissen ohne Können nichts)* (3).

El enfermo exige del médico, ante todo, el *poder*, su ayuda en caso de necesidad, el curarse; todo lo demás, que quizá, desde el punto de vista científico, puede ser de gran interés, le importa nada.

La enseñanza de la obstetricia debe ser eminentemente práctica. El médico debe salir de la escuela *pudiendo* salvar la vida comprometida de una mujer que ya es madre, ó que va á serlo, y no sabiendo solamente cómo se le podía prestar auxilio.

¡Que no le recuerden lo del *Fausto*, de Goethe!

«Des Geist des Medicin ist leich zu fassen
Ihr durchstudirt die gross und Kleine Welt
Um es am Ende gehn zu lassen
Wie's Gott gefoellt» (4).

Un médico, en presencia de una hemorragia por placenta previa, puede saber con toda minucia de detalle todos y cuantos procedimientos recomienda la ciencia para cohibirla; pero si no puede hacerlos, y hacerlos pronto y bien, su ciencia resultará impotente y su ayuda ineficaz. Si visita una grávida intoxicada por los venenos de la eclampsia, podrá saber que, interviniendo con rapidez y destreza, tiene grandes probabilidades de salvar la madre; podrá saber también cuál es el método de elección en aquel determinado caso para extraer rápidamente el feto; pero si no puede hacerlo, todo será inútil si un compañero de más destreza no le resuelve la dificultad.

Bien se me alcanza que, materialmente, es imposible el que cada alumno, no entre nosotros, ni aun entre aquellos que tanto interés toman por la enseñanza, salga siendo un verdadero y perfecto técnico, que domine por completo la parte manual de la especialidad; pero por lo menos iniciado en el arte, con las bases bien adquiridas, eso no sólo es posible, sino en absoluto necesario.

¿Cómo conseguirlo? A mi juicio, organizando la enseñanza con todos los medios que hoy emplean en el extranjero, disponiendo como se debe la clínica, echando mano del valiosísimo material que proporciona una policlínica bien organizada, montando laboratorios y organizando museos, en donde, no sólo las piezas de anatomía normal y patológica serán recogidas y conservadas por los procedi-

(1) Saber.
(2) Poder.
(3) En el ejercicio de la medicina, el poder es todo; saber sin poder, nada.
(4) «No es difícil comprender el espíritu de la medicina. Estudiad con atención el microcosmo y el macrocosmo... y después, al fin, entregaos en mano de Dios.»

mientos modernos (en vez de verterlas al sumidero, como hoy se hace), sino que poseerán cuantos modelos plásticos, maniquíes, láminas, atlas, aparatos de proyección, cinematógrafos, etc., etc., son empleados con indudable éxito para hacer comprender al alumno los puntos distintos de la tocología.

***

Clínica y lecciones clínicas.—La cátedra debe estar emplazada en una sala de operaciones, con la capacidad suficiente, la luz necesaria y las condiciones de asepsia exigidas para practicar toda clase de intervenciones delante del alumno.

Debe estar montada de modo y manera que sea posible la instalación y funcionamiento de aparatos de proyección, para lo cual es preciso que pueda ser convertida en el término de segundos en una cámara oscura.

El pizarrón amplio no faltará, y en donde el profesor más demostrará con la tiza que con la palabra. Modelos de esta clase de auditorios son los recientemente instalados en los pabellones de cirugía y de ginecología en el Hospital de la Caridad, de Berlín. ¿Cómo se ha de dar una lección clínica? Nada creo que pueda dar mejor idea de ello que describir una de éstas, en la forma como lo hace el profesor E. Bumm, que, á mi juicio, es uno de los tocólogos que mejor y con más arte saben hacerlo.

Un número determinado de alumnos (cuatro ó seis), llamados de antemano, se desinfectan en lavabos exclusivamente destinados para ellos, y al frente de los cuales, con caracteres grandes que pueden ser leídos desde los puntos más distantes de la clase, está descrito con todo detalle el método de desinfección que debe seguirse.

Una doble importancia encierra este acto de desinfectarse el alumno, que se repite durante todas las lecciones del curso: primero, aprende á desinfectarse *prácticamente;* y segundo, está en condiciones de reconocer la enferma que un momento más tarde será sometida á una intervención.

Bumm comienza su lección demostrando piezas anatómicas normales ó patológicas, procedentes de algún caso tocológico ó ginecológico habido fuera de la hora del curso; con los preparados en la mano, describe los detalles más interesantes anatómicos ó prácticos que el ejemplar presenta, antes de hacerlo correr de mano en mano, é ilustra con dibujos esquemáticos en el encerado aquello que de preferencia debe observarse.

La demostración es tan interesante y con tal arte está hecha, que es indudable queda con caracteres indelebles fijo en nuestra memoria el preparado en cuestión.

Así, junto al órgano patológico, está un órgano equivalente nor-

mal que sirve de punto de comparación; junto á la placenta sifilítica que presenta, está la placenta normal, que hace resaltar por contraste las lesiones macroscópicas típicas de la primera; y junto al microscopio que nos enseña la estructura histológica normal de una vellosidad corial, encontraremos al final de la clase el microscopio que nos deja ver la lesión anatómica íntima de la sífilis placentaria, que explica las diferencias macroscópicas anteriormente observadas. Junto al feto gigante, presenta el feto vivo de peso y desarrollo normal, para mejor poder apreciar el extraordinario desarrollo del primero.

Después de esta demostración viene la parte clínica: los casos. De ordinario da la preferencia á los tocológicos, á pesar de que el curso es de Obstetricia y Ginecología, por la razón de que el alumno debe salir con mayores conocimientos tocológicos que ginecológicos: en la práctica, los problemas tocológicos son de urgente é inmediata resolución; los ginecológicos dan tiempo, y muchos de ellos no pueden ser resueltos más que por especialistas. Presenta la enferma cloroformizada y preparada para practicar una operación en caso que sea necesaria; lee lo más interesante de la historia clínica, explica el caso, esquematiza en el encerado lo más interesante de él, y después que los 5 ó 6 alumnos á quienes por turno toca explorar exploran, opera, explicando con toda clase de detalles los tiempos de la intervención, lo que hace, lo que ve, y por fin, si el diagnóstico era exacto ó equivocado, si el haber intervenido fué un acierto ó un desacierto. Su pasión por demostrar es tal, que no es raro verle sacar las manos tintas en sangre y ocupadas por el tumor extirpado, y dirigirse al encerado provisto de *tiza esterilizada* para dibujar con cuatro trazos, geniales por lo demostrativos, las particularidades del caso, para volver de nuevo á continuar la operación hasta su final. Terminado un caso, rápidamente se ocupa de un segundo, de un tercero, y á veces hasta de un cuarto. Cuando el material para demostrar no es muy abundante (cosa extraordinariamente rara), desarrolla con toda clase de medios—maniquíes, dibujos, preparados, aparatos de proyección, etc., etc., —algunos de los puntos de más interés para el médico práctico, tanto de ginecología como de obstetricia, y que sistemáticamente ocupan su atención durante todos los semestres. Los prolapsos, las retrodesviaciones, la blenorragia y sus complicaciones, el diagnóstico precoz del cáncer y algunos otros son los temas de elección ginecológicos, ilustrados con la presentación de enfermas en serie. La desinfección, la manera de cohibir una hemorragia *post partum*, el modo de practicar un taponamiento intrauterino bien hecho, el inculcar al alumno la enorme morbilidad y mortalidad que lleva consigo la desinserción y extracción manual de una placenta, y los medios que se han de ensayar antes

de poner en práctica esta intervención, el moderno y eficaz carácter intervencionista que ha tomado la terapéutica de la eclampsia, el diagnóstico de las estrecheces y viciaciones pélvicas, etc., etc., son los temas tocológicos que con preferencia trata. No terminando jamás un curso sin convencer á sus alumnos del importante papel que les está reservado en las dos grandes y modernas luchas que hoy se mantienen en el terreno de la especialidad: *la lucha contra el cáncer* por medio del *diagnóstico precoz* y *la lucha contra la infección puerperal*, haciendo que la idea de la asepsia penetre en sus discípulos, formando en ellos un instinto.

Como prueba del abundante y riquísimo material que en sus lecciones demuestra, expongo el siguiente cuadro estadístico:

NÚMERO DE LECCIONES CLÍNICAS dadas por el profesor Bumm en la "Frauenklinik der Kgl. Charité", Berlín, en el semestre de invierno de 1905-06, desde el 31 de Octubre de 1905 al 9 de Febrero de 1906 (1)	CASOS CLÍNICOS PRESENTADOS		OPERACIONES PRACTICADAS		PREPARADOS anatómicos demostrados.
	Tocológicos.	Ginecológicos.	Tocológicas.	Ginecológicas.	
57	60	54	28	25	28

He aquí un extracto de cada una de las 55 lecciones:

Lecciones.

1.ª Cistitis gravídica.
Tuberculosis y embarazo.—Operación cesárea vaginal.

2.ª Embarazo extrauterino.—Laparotomía.
Ulceración vulvar.
Absceso fosa ilíaca izquierda.—Punción exploradora.—Operación.

3.ª Atonía uterina.

4.ª Cifo-escoliosis.—Aplicación alta de forceps.—Incisión pararectal.
Mioma uterino.—Histerectomía abdominal.

5.ª Aplicación de forceps.—Indicación *pro-cursus*.

6.ª Demostración de una placenta de cotiledones aislados.
Placenta previa.—Versión.
Demostración de la sección de un corte de una embarazada.

7.ª Quiste ovárico.—Laparotomía.
Dos casos de *condiloma acuminata*.

8.ª Demostración de un feto sifilítico y de una placenta sifilítica.
Tuberculosa embarazada de tres meses.

9.ª Placenta previa (sexto mes).—Operación cesárea vaginal.

(1) En este cuadro no están incluídas las lecciones ni el número de casos demostrados desde el día 9 de Febrero hasta el 1.° de Marzo, que dura el semestre, por haber extraviado las cuartillas en que tenía anotadas estas conferencias.

Lecciones.

10. Demostración de un feto á término que nació envuelto en sus membranas.
Onfalocele.
Tres casos de carcinoma uterino.— Tratamiento paliativo de uno de ellos.

11. Fiebre puerperal.

12. Rotura inminente de útero.—Aplicación alta de forceps.

13. Aborto de seis meses.—Intervención *pro-cursus*.
Embarazo con lesión cardíaca.

14. Alteración del cordón umbilical, causa de la muerte del feto.— Preparaciones.
Salpingitis purulenta gonocócica; pelvi-peritonitis gonocócica adhesiva fibrinosa.
Demostración de preparaciones.

15. Anexitis blenorrágica.—Laparotomía.

16. Cifo-escoliosis.
Blenorragia puerperal.

17. Quiste ovárico.—Laparotomía.
Quiste ovárico izquierdo (hidro-folículi-graffiani).— Laparotomía.—Torsión del pedículo.
Aborto inminente del sexto mes.

18. Cifo-escoliosis: prolapso uterino.

19. Casos de *penfigus* sifilítico neo-natorum.
Céfalo-hematoma.—Presentación de un caso y preparados anatómicos.
Extirpación de un pólipo uterino por un alumno.

20. Desviaciones uterinas.—Tres casos.

21. Eclampsia ya operada.
Casos de pelvis raquíticas.—Enfermas y preparaciones.
Fístula vésico-cervical.— Extirpación del útero y sutura de la fístula.

22. Eclampsia.
Bronco-pneumonía en el puerperio.
Expresión placentaria.—Presentación de un caso.
Experimento en coneja grávida para demostrar la plasticidad uterina.

23. Feto papiráceo.—Demostración.
Corea gravidarum.
Demostración de un niño gigante.
Extracción de un pesario oclusivo.

24. Peritonitis localizada consecutiva á raspado post-abortum.— Colpotomía posterior.
Peritonitis por raspado post-abortum.—Punción exploradora.— Laparotomía.—Drenaje.
Rotura completa del periné.—Operación.

25. Aborto.—Dilatación con Hegar.—Extracción.

26. Polidactilia.
Pelvis generalmente estrechada.—Colocación profiláctica de la sierra de Gigli.—Dilatación del cuello con el Bossi.—Intento de versión.—Sección del pubis con la sierra-cadena.—Aplicación alta de forceps.—Episiotomía.

Lecciones.

27. Presentación de nalgas.
Atonía uterina.—Forceps.
Presentación de pies.

28. Lección teórica.

29. Tumores de vientre.—Fibromiomas y un tumor ovárico.
Un caso para diagnóstico por tacto intrauterino.

30. Céfalo-hematoma doble (caso).
Icterus neo-natorum (caso).
Espina bífida.—Caso y preparaciones.
Embarazo de gemelos, uno vivo y otro macerado.
Quiste ovárico.—Laparotomía.
Mastitis estreptocócicas.

31. Preparado anatómico de una estenosis é insuficiencia mitral.—Mujer á quien se practicó la operación cesárea vaginal una semana antes.
Prolapso uterino, dos casos, y un corte ántero-posterior de un tronco de mujer con prolapso uterino.

32. Infantilismo del aparato genital.
Riñón grávido.—Operación cesárea vaginal.—Feto sanguinolento.—Infartos blancos en la placenta.

33. Grávida de ocho meses, cardíaca.—Dilatación: primero, con Hegar; luego, con Bossi.—Extracción del feto.
Tumor de los anejos.—Laparotomía.

34. Rasgadura perineal reciente.—Sutura.
Fiebre intrapartum, octavo mes de embarazo.—Dilatación con Bossi.—Extracción del feto.
Infantilismo del aparato genital.—Dilatación de la vagina con Hegar.—Exploración.

35. Onfalocele.
Loquiometra.
Histerectomía vaginal.

36. Aborto de tres meses.
Aborto.—Extracción de la placenta retenida.
Quiste dermoide.—Demostración de un preparado.
Quiste tuboovárico.—Laparotomía.

37. Prolapso del útero.—Presentación de tres casos, de los cuales opera uno, y demostración de preparados.

38. Embarazo de seis meses.—Tuberculosis pulmonar.—Operación cesárea vaginal.
Aplicación alta de forceps. — Episiotomía. — Indicación *procursus*.

39. Expulsión completa de un huevo.
Epilepsia en embarazada.
Placenta previa, seis meses.—Operación cesárea vaginal.
Pelvis generalmente estrechada.
Extirpación de un mioma.

40. Extirpación de un mioma por vagina.

Lecciones.

41. Vientre flácido en una embarazada multípara.
Presentación de una pubiotomizada.
Mujer en trabajo de parto; timpania uterina, tétano uterino, punción exploradora y diagnóstico de mioma calcificado, imposibilitando el parto.—Enucleación por vagina del mioma, intrapartum, intento de extracción del mismo con el forceps y el cefalotribo, imposibilidad de ello y extracción, por último, seccionándolo en trozos, extracción del feto y manual de la placenta.

42. Infantilismo.
Acranius.—Versión, habiendo creído se trataba de una presentación de nalgas, por haber confundido la cabeza monstruo con una nalga, suponiendo se trataba de un feto normal.

43. Embarazo tubario derecho.—Laparotomía. Esta enferma fué operada de un embarazo tubario izquierdo, hacía siete meses.
Anexitis consecutiva á un aborto.

44. Intento de versión fuera de la clínica.—Presentación de frente.—Transformarla en presentación de vértice, y forceps.

45. Tumor ovárico carcinomatoso.—Operación.
Aborto con fiebre de dos y medio meses.—Intervención.

46. Riñón grávido, prolapso del cordón, niño muerto hace doce horas, pelvis generalmente estrechada.—Perforación.
Mioma.—Histerectomía vaginal.

47. Niño gigante.
Embolia pulmonar.

48. Eclampsia.—Psicosis tóxica aguda.

49. Bartolinitis.—Operación.—Incisión.
Quiste ovárico con fiebre.

50. Eclampsia puerperal.
Multípara, asinclitismo anterior, prolongación anormal del parto.
Aplicación del forceps, indicación *pro-cursus*.—Grandes dificultades; dejar que termine espontáneamente.

51. Pubiotomía sin extracción del feto.
Punción exploradora al través del fondo de saco posterior, para hacer diagnóstico diferencial entre útero grávido en retroversión, tercer mes, y embarazo extrauterino.

52. Bartolinitis.—Extirpación de la glándula.
Carcinoma útero.

53. Coudro-distrofia fetal.
Eclampsia.—Parto gemelar.
Eclampsia.—Dilatacion con Bossi.—Terminar con Champetier *(pro-cursus)*.—Extracción.
Prolapso con hipertrofia de útero.

54. Hiperemesis gravidarum, tercer meses. — Provocación del aborto.
Absceso retro-uterino. Operación.

55. Blenorragia uretral y uterina.— Artritis blenorrágica rodilla izquierda.
Demostración de una preparación de glándula de Bartolino extirpada.—Aborto.—Intervención.

Lecciones.

56. { *Missed labour.*
Molusco contagioso.

57. { Missed labour.—Preparación.
Demostrar en un caso la manera de extraer una placenta retenida.
Cifo-escoliosis.

Lo que más sorprende en el cuadro anterior es la abundancia de material clínico, sobre todo tocológico. Un servicio de policlínica bien organizado y adjunto á la clínica será el que proporcione este hermoso material para la demostración. Y si á esto se añade un espíritu algo amplio en el que enseña, capaz de establecer las indicaciones *pro-cursus*, prescindiendo de humanitarismos falsos y mal interpretados, ese seguro, sobre todo en los grandes núcleos de población, que se dispondrá de medios suficientes para que el alumno vea y haga más de lo que hoy, por desgracia, hace y ve.

El complemento de la enseñanza está en las guardias que se establecen en las clínicas, en la asistencia á los partos en la policlínica y en los ejercicios prácticos de exploración de embarazadas.

Las reglas siguientes son aquellas á las cuales debe sujetarse el alumno matriculado como practicante en la clínica del profesor Bumm:

1.ª Los alumnos matriculados tienen derecho á asistir á las lecciones clínicas y tomar parte en los siguientes ejercicios prácticos:

a) Lecciones clínicas: lunes y viernes, de doce á una.

b) Ejercicios de exploración de embarazadas: martes y jueves, de cinco á seis.

c) Guardias en la sala de partos.

d) Asistencia á los partos en la policlínica.

2.ª Los alumnos matriculados como *practicantes* deben colocar una P detrás de su nombre en el libro de inscripción, y los matriculados como *oyentes* (auskultanten) una A. A los oyentes no les es obligatoria la guardia en la sala de partos.

3.ª Al alumno practicante le es obligatoria la asistencia á las lecciones clínicas y el tomar parte en los ejercicios prácticos. Para poder presentarse á sufrir examen, le es necesario á todo alumno haber asistido como mínimum 4 partos.

4.ª Todo alumno, practicante ú oyente, que haya estado en contacto con productos séptico-infecciosos (pus, flemones, abscesos, forúnculo, erisipela, difteria, fiebre puerperal, cadáveres, etc.) deberá abstenerse durante cuarenta y ocho horas de practicar exploraciones.

5.ª Para hacer guardia en la sala de partos serán llamados diariamente 5 alumnos. El servicio comienza á las ocho de la mañana y dura hasta las ocho de la noche; durante ese tiempo podrán observar y explorar las parturientes que se hallan en la sala; de ordinario, 3 á 5.

6.ª Los nombres de los alumnos que en determinado día harán guar-

dia aparecerán escritos en un cuadro colocado á la entrada del auditorio unos días antes.

7.ª El alumno que por una razón cualquiera no pueda prestar servicio el día fijado, deberá enviar una nota escrita al asistente que se encuentre de servicio. Alumno que no lo haga perderá el derecho de prestar guardia, hasta que en nuevo turno le corresponda.

8.ª Los que presten servicio no podrán abandonar la guardia antes de las ocho de la noche sin permiso especial del profesor clínico.

9.ª Deben seguirse con todo detalle las instrucciones escritas para la desinfección, tanto en la sala de partos como en el auditorio de la clínica. Exploraciones no se llevarán á cabo, sin antes ponerlo en conocimiento del profesor que se encuentre de servicio. Intervenciones manuales ó instrumentales sólo podrán practicarse cuando sean ordenadas por el profesor clínico.

10. El que siga la observación y marcha de un parto deberá llenar una hoja (historia clínica) con todo lo observado, y tenerla preparada por si es necesario la presentación del caso en la lección clínica.

11. Sólo podrán prestar servicio en la policlínica los alumnos que hayan estado durante un semestre matriculados en una clínica como practicantes, y hayan dado un curso de operaciones tocológicas en maniquí.

Los que puedan y deseen tomar parte en la asistencia á la policlínica anotarán su nombre en una lista colocada á la entrada del auditorio, y quedan obligados á asistir á las discusiones de los casos observados en la policlínica, que tienen lugar los sábados, de once á doce.

12. Para prestar servicio en la policlínica de partos, procurará tener el alumno una lista donde consten las instrucciones que deben seguirse en esta asistencia.

Esta lista la facilita el profesor clínico encargado de la policlínica.

13. Para los ejercicios de exploración de embarazadas se dividirá la clase en dos grupos. Los ejercicios se practican, de cinco á seis, los martes y jueves. Queda á voluntad del alumno el elegir uno ú otro de los días.

Ejercicios de seminario.—Este procedimiento de enseñanza (llamado por Leopold *Seminaristische Ubungen*) lo considero de extraordinario valor didáctico, no sólo porque coloca al alumno en condiciones especiales para pensar, sino también porque generaliza el trabajo á toda la clase, interesando por completo la atención de los alumnos.

La mejor forma de poner en práctica este ejercicio es, á mi juicio, la seguida por Leopold en su clínica de Dresden.

Para ello se vale de historias clínicas de casos observados en la misma Maternidad ó recogidos en la policlínica, y que coleccionados forman un hermoso material de enseñanza.

Después de dar lectura á lo más interesante de la historia clínica, formula una serie de preguntas, á las que cada alumno deberá

contestar por escrito en el espacio de tiempo de veinte á
nutos.

Las respuestas son leídas, lo mismo que la solución
habrá dado el profesor encargado de resolver la dist
esto materia para discurrir y dar una lección clíni
asunto.

Pondré un ejemplo:

El 22 de Octubre de 1892, á las tres de la tarde, llaman á
para prestar auxilio á una primeriza de veinticinco años, cu
gla la tuvo el 7 de Febrero de 1892.

La medición pélvica da 18, 20, 28 $^1/_2$, 18 $^1/_4$.

El sacro no es bien palpable, por estar la cabeza encaja
Arco subpúbico estrecho. Ramas horizontales del pubis ac
dentro. Presentación primera de vértice. Feto pequeño. Hue
duros. Cabeza encajada é inmóvil en medio de la excavació
nes uterinas enérgicas desde hoy, á las siete de la mañana.
aguas rota desde las diez de la mañana. Tamaño de la dilat
llo, dos pesetas.

La partera solicita auxilio por estrechez pélvica.

Al llegar á la casa de la parturiente, los dolores son fre
mediana intensidad; la temperatura, 37,2; el número de pul
El corazón funciona bien.

Preguntas:

1.ª ¿De qué clase de pelvis se trata?

2.ª Dada la forma y dimensiones, ¿en qué grupo la inclu

3.ª ¿Cómo puede comprometer la vida de la madre la m
de este parto (desgarros, etc.)?

4.ª ¿Cuál ha de ser la conducta nuestra en este caso? ¿E
qué? ¿Operar? ¿Indicaciones? ¿Contraindicaciones?

5.ª Si se presenta un peligro para la madre y la necesida
nir, ¿qué procedimiento será el mejor y cuál presenta al r
más probabilidades de poder conseguir un feto vivo? ¿Peli
de evitarlos?

Maniquíes.—Uno de los medios auxiliares de más
para el estudio y práctica de las maniobras tocológicas
mados maniquíes obstétricos. Como dice Bumm en su
dis zum Studium der Geburtshülfe), «es imposible apr
libros la técnica operatoria. Ni aun la descripción m
puede sustituir al ejercicio práctico ó á la vista de las
Las operaciones quirúrgicas pueden ser practicadas en
Para las operaciones tocológicas no es utilizable este m
que los órganos genitales, no dilatados ni modificados,
no permiten el paso del cuerpo de un feto. Por este m
lizan los maniquíes que representan el canal genital de
riente.

La historia de ellos es bastante antigua. El médico Van Horrn fué el primero que utilizó este medio auxiliar en la escuela de parteras en que era profesor allá por el año 1697, valiéndose del esqueleto de una pelvis de mujer y de un muñeco de cuero.

Ya en el siglo XVIII el inglés Smellie, discípulo de Grégoire, se valía de un maniquí construído con paja (basket-Work), forrado de lienzo, y Henkel, de Berlín, de un útero de vidrio, en donde demostraba la técnica valiéndose del cadáver de un feto.

En 1770 presentó en la Academia de París la partera Biheron un aparato con el nombre de «Fantôme», y que representaba de un modo perfecto todos los órganos de la cavidad pelviana.

Después que al final del siglo XVIII y comienzos del XIX A. E. v. Siebold utilizaba para la demostración de la técnica cadáveres de mujeres, y Starke (1788) y Osiander, maniquíes formados por un útero de cuero con muñeco, placenta y cordón de la misma substancia, intentó Froriep (1804) construirlos de papel, con objeto de facilitar su adquisición y generalizar su empleo.

Igualmente son interesantes los ideados por Ozenne y por Ed. Martin, y de entre los nuevos, uno de los más completos es el modelo construído por Mathieu é ideado por Budin y Pinard, *nouveau mannequin obstétrical*, en el cual se puede ensayar lo mismo la versión por maniobras externas que las demás operaciones tocológicas internas, ya en pelvis normal, ya en pelvis estrechada, y lo mismo en posición supina que en decúbito lateral.

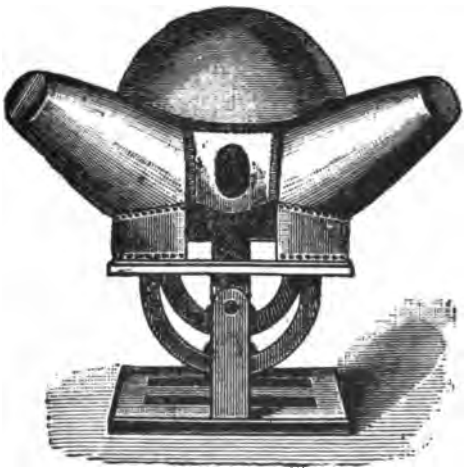


FIG. 1.ª

El empleado casi exclusivamente en Alemania, y en el que en mis tiempos ensayé la técnica operatoria tocológica, es el ideado por B. S. Schulze (fig. 1.ª). Este modelo modificó Winckel, añadiéndole un útero y vagina de goma.

El maniquí de Schulze me parece el más práctico, ta
su coste no es muy elevado (125 MK.), cuanto porque en
demostrarse y ensayarse las operaciones tocológicas más
tes y utilizarse en caso necesario para cursos de operac
cológicas.

Fetos conservados en alcohol y glicerina reúnen las
necesarias y sustituyen ventajosamente á los construíd
tancias artificiales (son más económicos y sirven para en
briotomías y perforaciones).

Sólo mencionaré, más que nada como curiosidad, los
de cartón (el de Kleinwächter es un ejemplo), algunos de
pañando á manuales, en que se describen las presentac
ciones, etc., como el del japonés Schibota.

Últimamente Sellheim, de Düsseldof, presentó una co
en el XII Congreso de ginecólogos alemanes celebrado en
Mayo de este año—«Die Einübung der Nachgeburtsoper
en la cual recomienda como muy útiles las manipulacion
den ensayarse en animales. La vaca presenta como el
á propósito, y dice que pueden ejercitarse en ella una
intervenciones con positivo resultado para el aprendizaj
la *protección del periné*, *las inversiones uterinas post-p*
hay ocasión de observarlas con mucha más frecuencia
blos que en las salas de partos. La *desinserción manual*
centa puede ejercitarse con positivos resultados; en lu
placenta, son 60 ó 100 los cotiledones que es necesario
La *revisión de un útero vacío* es extraordinariamente ins
ensayo de adquirir habilidad manual con una mano e
muy útil, siendo este nuevo método de enseñanza por c
ofensivo para el animal, por cuanto la cubierta epitelia
que permanece intacta, protege á la vaca contra las infe

Medios auxiliares plásticos.—Dibujos, aparatos de
nes, etc.—Los medios plásticos empleados hoy día para
za de la obstetricia son numerosos; Winternitz, Sellhei
Glöckner y otros han ideado modelos más ó menos inge
dos útiles (1).

Los atlas con hermosos grabados son de mucha utilid
enseñanza, y las demostraciones con aparatos de proyec
matógrafos, aparatos de proyección simples, epidiascop
traordinario valor pedagógico.

De entre estos últimos hago recomendación especial
construído por la casa Zeiss, de Jena, y que no falta en

(1) La firma *Medicinisches Wadrenhaus*, Berlín, Friedrichstz, 108, I, s
logos y puede proporcionar toda clase de modelos.

los modernos auditorios alemanes. Este aparato (fig. 2.ª), de construcción complicada, pero de fácil manejo, es utilizable para proyectar no sólo diapositivas fotográficas ó preparaciones microscópicas, como los corrientes aparatos de proyección, sino que proyecta igualmente láminas de un libro, grabados de un atlas, preparados anatómicos de toda especie. Con la misma limpieza demuestra los

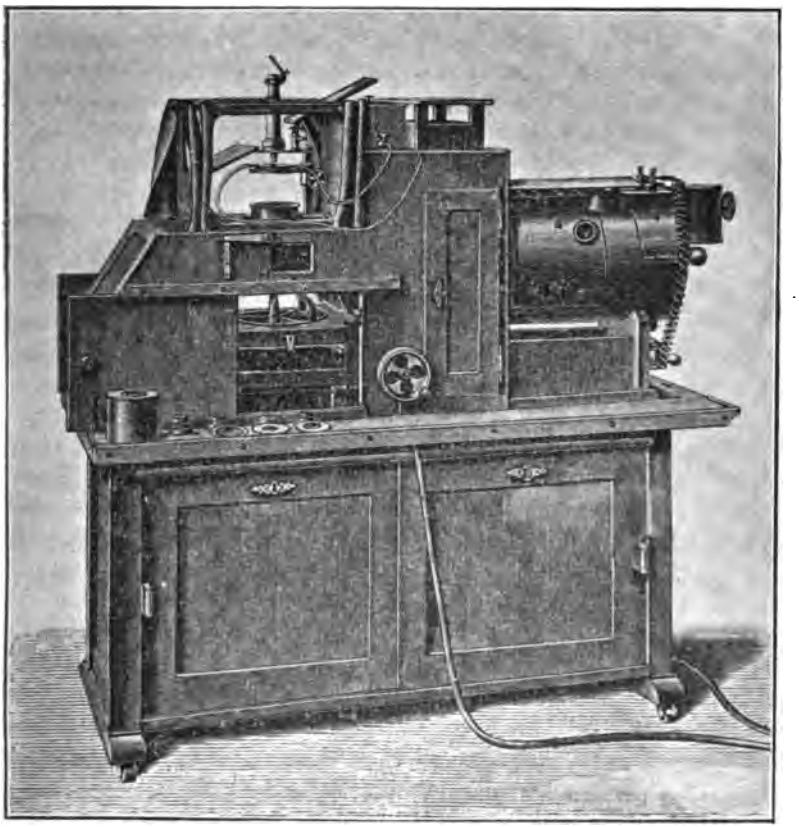


FIG. 2.ª

infartos blancos de una placenta albuminúrica ó la estructura macroscópica de un fibroma uterino que deja ver los detalles más pequeños de la estructura histológica de un quistoma ó las células gigantes de un proceso tuberculoso anexial.

Con lo dicho creo haber dado una ligera idea de los procedimientos que para la enseñanza de la obstetricia emplean en el extranjero, algunos de los cuales son utilizados ya en nuestras Universidades.

No hago mención de los que se siguen para la ensel dicos ya formados y que acuden á las clínicas para es entre otras razones porque, aunque algo distintos, son muy parecidos.

Respecto á estos cursos para médicos prácticos, que no existían en España (1), ó si existían eran tan poco estaban tan poco generalizados que ignoraban los más, que desde este año aparecen anunciados, uno que ya ha mienzo en la Facultad de Medicina de Madrid por el p misma Dr. Recasens (curso de Ginecología), y otros que en el Instituto Rubio para la primavera próxima, mero tentes y juveniles iniciativas del hoy insigne directo maestro Dr. E. Gutiérrez. A él, que debe tanto la gine ñola, deberá de hoy en adelante la Patria y la Ciencia cultura médica ginecológica y tocológica del número prácticos, que espero y deseo sean muchos, acudan á re ciones del maestro.

Génesis de la idea de lo bello en Medicina, p ANTONIO MUT *(continuación)*.—No hay fuente de bel cunda que la Ciencia, mas ésta no es de por sí bella sólo verdadera. La Música, por ejemplo, no nos da idea en cuanto es ciencia, es decir, en cuanto inquiere y de el conocimiento de las leyes de la gama de los tonos, de sino en cuanto formula reglas de composición y de e Medicina, por idéntica razón, no puede ser bella en lo formal conocimiento de algo, sino por contener un con glas y procederes para la preservación y terapéutica medades, producto unas veces de la razón científica; intuición genial del artista. La Ciencia busca la verdad con abstracción del hombre, mientras que lo que le impo ta es precisamente ese punto de vista humano, afectivo go, no se le puede negar á la Ciencia, como á la Moral, esferas superiores de la actividad mental, lo que todos reconocen, aman, admiran y desean; lo que es á la ve eterno; lo que permanece inmutable, mientras que tod que constituye la aspiración suprema de todo artista: e

Nada podemos hacer mejor al llegar á este punto q que el ínclito D. José de Letamendi entendía por *ideal de*

---

(1) Hace años que el Dr. Gutiérrez, primero en el Hospital de la Pr en el Instituto Rubio, á petición de varios compañeros, dió dos cursos raciones obstétricas, valiéndose de un maniquí Mathieu-Budin, de su fetos naturales conservados que le proporcionó el entonces Director d de Madrid.

«Hallar la cura cierta y pronta de toda enfermedad, y, logrado esto, llevar la educación, así individual como colectiva, á tal grado de perfeccionamiento, que los hombres, por virtud de su propia cultura, se preserven de males, sin que se dé más caso de muerte que la natural, como sosegado y hasta plácido término de una feliz y dilatada vida.»

Vean si es ideal, é ideal grandioso. Y la verdad es que, especialmente durante estos últimos treinta años, el edificio de la Medicina moderna, levantado sobre las ruinas de primitivas construcciones, es majestuoso por su sencillez y por su fuerza, produciendo en el espíritu un goce estético de lo más interesante al considerar el grande espacio que se ha franqueado hacia el logro de ese *ideal*, expresión soberanamente verdadera, tipo primitivo de toda belleza en su acepción más abstracta. La ciencia médica, pues, como las demás, posee la belleza eterna, ó sea la que corresponde á las ideas; pero además la Medicina, como arte y ciencia al mismo tiempo (ya dijimos que en ella la teoría y la práctica se auxilian y robustecen mutuamente), se ocupa de la superior belleza humana (corporal y espiritual), la más significativa de la Creación.

Es hora ya, en efecto, de declarar bien alto que el médico no estudia al hombre, exclusivamente, orgánica y fisiológicamente considerado, sino que debe conocer la característica humana, es decir, el espíritu racional, la esencia de la individualidad; y no tan sólo debe conocer este espíritu como principio informador y agente de vida determinador de enfermedad ante las solicitaciones cósmicas, sino también como resumen de la naturaleza y vida *finitas*. Las funciones psicológicas funciones son del sér humano, y sus elementos físico-morales están unidos de modo tan continuo y solidario, que no es posible la ciencia y el arte del físico humano sin la de su parte moral; el alma y el cuerpo, la conciencia y el cerebro, se desarrollan como dos expresiones distintas de un solo y mismo sér. Si, pues, el espíritu y sus facultades son bellos, si la hermosura del cuerpo es bella también, la Medicina, que se ocupa del estudio de la *naturaleza humana* (en su triple aspecto anatómico, fisiológico y psicológico), en tanto es susceptible de *perfeccionamiento* físico, moral é intelectual, es ciencia y arte bello indiscutiblemente. Y á fe que bajo este punto de vista de la belleza médica temporal no ha andado el arte plástico ni tardo ni parco. Jamás la hermosura del cuerpo ha sido esculta como por el arte griego. El genio severo y espiritualista de los dóricos se infundió en las condiciones de la dúctil Jonia, como un alma hermosa en un cuerpo perfecto, llenando la Grecia de obras maestras, eternamente bellas, que ni la barbarie ni la guerra han destruído completamente.

Jamás ha sido tan bien estudiado y comprendido como por la es-

cultura griega el papel que los movimientos, las *sensaciones musculares* influyen por su rapidez ó lentitud en la producción de goces estéticos verdaderos. Los griegos, en fin, notaron que la función, la vida, se verificaba con tanta mayor perfección cuanto más perfecta era la forma del órgano encargado de realizarla. No es de nuestra incumbencia el revistar la Historia después de los cinco siglos en que el ideal griego encarnó en el mármol, ni por qué pereció en el hundimiento colosal en que desapareció la sociedad romana, ni tampoco analizar el arte nuevo que iniciaron Brunelleschi, Miguel Angel y Gaujon; sólo sí debemos hacer notar que el arte escultórico de hoy parece no haber formulado todavía doctrina alguna, sino simplemente indicar tendencias, falto de desarrollo franco y definitivo.

En el arte pictórico también se ha inmortalizado la forma humana en toda su bella desnudez por el mágico pincel de D. Francisco Goya, de Velázquez (la *Venus*, guardada en extrañas tierras) y de Proud'hon, en Francia.

La presión religiosa que había entenebrecido el arte de la pintura durante siglos, ocultando los cuerpos bajo el sayal de pesados y rígidos pliegues, expresando la pasión con majestad olímpica, sin descomponer el reposo de la línea ni perturbar el pliegue helénico de los paños, envolviendo la rigidez estatuaria de torsos y extremidades movidos con afectación heroica, y hasta Goya no había osado el pincel español, con su sano realismo, trazar las formas del cuerpo femenil, la divina desnudez que en todos los pueblos fué la primera inspiración del arte naciente en aquella época. Naturalmente que la escuela de Goya tiene un límite, del cual no se debe pasar si no se quiere caer en la exageración de la tendencia ultranaturalista, destinada á la reproducción integral del modelo. Por ese camino llega á perder el artista su sello individual, su sentimiento propio. No; sentir é interpretar la luz en todos sus movimientos y reacciones, sus grados y tonalidades, sus rápidos cabrilleos, sus difumados efluvios, sus contrastes vigorosos y sus ondas vibrantes, es labor que provoca también en el espíritu una emoción artística muy elevada.

La forma y el color, el dibujo y el colorido, el pensamiento y el sentimiento reunidos, integran las condiciones que debe tener el arte pictórico ideal, hermanando en admirable conjunción el concierto teórico-idealista con el positivo y práctico. Tenemos, pues, que si la Medicina, como tal ciencia, es bella, por contener un ideal, que es la más alta perfección que podemos concebir, que es la belleza misma, que nos atrae y nos deslumbra con sus irresistibles atractivos, lo es también en tanto procura hacer hombres fuertes, robustos, sanos, bellos de cuerpo y espíritu. No en vano dicen que había en un

templo de Esculapio, en Siciona, una estatua de *Higia* cubierta con un velo que encubría el hermoso cuerpo de la diosa.

Pero en el problema eminentemente complejo de lo bello hay que contar con la influencia de otros estados psíquicos: los factores intelectuales, cuya intervención en el dominio de la estética es incuestionable. El estrecho parentesco que une la idea á la imagen y ésta á la percepción, nos da la base psicológica que indica que el poder de acción de la idea está en razón directa de la importancia de dichos elementos. Los progresos de la inteligencia han resonado en la vida emocional, el espíritu ha obtenido nuevas causas de sentimiento estético, y aun bajo el imperio de las teorías metafísicas, se han esforzado los filósofos en sustituir el elemento emocional por el dominio de la idea reducida á conceptos abstractos desprovistos de todo valor estético. Así es cómo la belleza ha concluído por abrazar un gran número de representaciones normalmente desprovistas del indispensable poder afectivo; concepciones extremadas que no han salido del orden especulativo, sin influencia apreciable en la marcha del arte. Mas el influjo de los estados intelectuales sobre el sentido de lo bello han hecho extender la noción de la belleza sobre los productos de la humana actividad, que ya no es invención filosófica, sino hechos consagrados por la práctica y el lenguaje corriente que habla de teorías bellas, experimentos bellos, operaciones quirúrgicas bellas, causantes de verdaderas emociones intelectuales. De modo, pues, que á la comprensión primitiva de lo bello hay que agregar una modificación notable, cual es la introducción entre sus factores de los elementos intelectuales, consecuencia lógica de la creciente preponderancia de éstos en la vida psíquica de la humanidad. Por otra parte, el progreso por sí mismo es una fuente fecunda de emociones, que recompensa con creces el empobrecimiento que del sentido de lo bello, según la concepción primitiva, pudiera temerse.

Es verdad. En medicina, la noción de «las enfermedades atenuadas» (Hericourt: *Las fronteras de la enfermedad),* base de conocimientos del médico del porvenir, ha de desarrollar en éste un espíritu filosófico y de observación del todo trascendental. La intervención médica se modificará profundamente, convirtiéndose de terapéutica que ahora es, en profiláctica é higiénica. Entonces el médico no vivirá del mal de los demás, sino de la salud, del bien; entonces su arte y ciencia no se limitará al tratamiento de la enfermedad confirmada, sino que será de un orden más elevado en su doble carácter social y moral, preservando las enfermedades. Las personas sanas serán los clientes del médico, que ya no tendrá interés en que los enfermos sean numerosos, ni se regocijará con el mal y el sufrimiento, sino que, como todo el mundo, procurará que aquéllos sean

lo más raros posible. ¿Y no es cierto que el hecho de qu
dicina actual, en su incesante progreso, haga posible la
ción de estados patológicos, cegando las fuentes de cont
lizando los gérmenes, inmunizando á los individuos, ave
tratando debidamente las inminencias morbosas, etc.; n
digo, que esta medicina profiláctica que ya tocamos, y l
trevé para el porvenir, produce en nuestro espíritu un g
de primer orden? Los grandes descubrimientos de ahor
radioterapia, telefonía sin hilos, broscoscopia, etc., ¿no
emoción intelectual de lo más elevado? ¿Cómo es posibl
á la intensa impresión de placer, y aun de admiración—
terés egoísta ni utilitario práctico, — que provoca el a
progreso científico? ¡Ah, sí! Negar, como niega Bray,
lectual puro, es negar la evidencia. El placer de lo be
principio, el que deriva de la percepción de origen exc
visual ó auditivo; hay que distinguir asimismo el pl
tual que llega hasta el fondo del alma en la esfera de la
no hay por qué decir que todo autor ó inventor ha llev
por delante una *idea* utilitaria ó interesada que dismin
laría la sensación estética, porque es seguro que tal inv
cubridor, en el momento que pudo exclamar: ¡Eureka!
¡Esto es!, la intensa emoción de su espíritu fué franca
sin móviles egoístas de ninguna especie. En ese moment
mentó su alma nada parecido á lo útil, ni lo conveniente
dad, ni lo justo, ni el fin particular, sino lisa y sencillam
timiento del placer por el placer mismo. Por otra parte
preconcebida llevaba Newton en su mente cuando la
manzana le sugirió todo el sistema mecánico del Unive
de la ley de gravitación? ¿Pudo en este caso, y otros
elemento intelectual ser el punto de partida del estado e

Pero la Medicina tiene, á su vez, una manera de hac
un arte; y así como la ciencia médica no está desligada
general científico, así el arte médico forma parte de u
superior: el arte bello. Toda nuestra vida se reduce al c
de un fin, descompuesto en otros tantos parciales, cada
cuales tiene su arte, concurrentes todos al fin total hu
jeto del arte médico, como el de todos los demás, es el
que el espíritu trabaja la idea; su fin, preservar y cura
medades.

El estudio de la producción artística lleva á una con
es la de que el sentimiento de lo bello en el arte, como e
chas cosas, es en último término el placer, que nace d
ción de una distinción en el artista y en su obra. Esta o
para ser considerada como tal, implica la reunión de t

nes: emoción, personalidad y carácter. Respecto á la primera, no hay que insistir para comprender el papel capital de la emoción en el dominio de la estética; ni lo bello ni lo feo tienen sentido fuera de ella. «La emoción, dice Ribot (*Psicología de los sentimientos*), no es más que la conciencia de todos los fenómenos orgánicos que la acompañan, y son considerados generalmente como un efecto...» Para que el estado emocional se produzca, no es necesario otro intelectual anterior que sirva como de punto de partida, sino que pueden existir estados afectivos puros en los cuales las manifestaciones vasomotoras (dilatación ó constricción) y las modificaciones de la inervación (circulatorias, respiratorias, secretorias, etc.), provocadas por una excitación interna ó externa, dan lugar á *sensaciones* que se revelan en la conciencia. «Impedid las manifestaciones motoras —dice Ribot—é impediréis al mismo tiempo la emoción. Suprimid en el miedo los latidos del corazón, la respiración anhelante, el temblor, la debilidad muscular y el estado particular de las vísceras; suprimid en la cólera la agitación del pecho, la congestión del rostro, la dilatación de las narices, el rechinar de dientes, la voz destemplada y las tendencias impulsivas; suprimid en la pena las lágrimas, los suspiros, los sollozos, la sofocación y la angustia. ¿Qué quedará? Un puro estado intelectual pálido, incoloro y frío. Una emoción descorporalizada es un no ser.» Y es que todo estado afectivo es inseparable de ciertas condiciones fisiológicas. La excitación y la reacción subsiguientes á todo acto emocional (movimiento reflejo) es sentido por el sujeto por medio de su sistema nervioso, con tanta mayor intensidad cuanto mayor es el desarrollo de dicho sistema; de tal modo, que la supresión de la sensibilidad general y sensorial lleva consigo la abolición de las emociones en proporción de la intensidad de la anestesia. El gran valor del sistema nervioso procede de que sirve como órgano central de enlace á las diversas partes del organismo, de que posee todas las actividades en íntima armonía, y hace posible frente al mundo exterior un sistema cerrado de manifestaciones. La modificación del sistema nervioso correspondiente á la producción de un acto de conciencia se debe, generalmente, á la excitación externa de un órgano sensible. Ahora bien: «la excitación (V. Ramón y Cajal: *Algunas hipótesis sobre el mecanismo anatómico de la formación de las ideas,* etc.) se propaga en su trayecto desde el órgano sensible externo hasta el cerebro, á través de una multitud tal de capas diversas de células nerviosas, que no hay derecho propiamente para decir que sea «la misma» excitación sensible la que toca al órgano externo y llega al centro superior. El efecto se amplía, como se ha dicho, á manera de las avalanchas, propagándose á un número siempre en aumento de células. La sensación producida en la conciencia no corresponde al proceso que tiene lu-

gar en una célula aislada del cerebro, sino al de un gru
estas células.» Si se piensa que cada excitación produce
las nerviosas una descarga de energía potencial, y que
de una de ellas puede combinarse en el cerebro por l
cordones de unión, con los resultados de otros millone
(hasta mil millones, según los cálculos de Meynert y Ba
te uno acometido por el vértigo ante el pensamiento
combinaciones que son posibles de este modo. Bajo el pu
estético, toda emoción es susceptible de revestir dos a
rentes y contrarios al parecer: el placer ó la satisfacci
lor ó el sufrimiento. Estos dos polos extremos encierran
estados intermedios debidos á la naturaleza de los órga
dos, que son los que determinan el carácter especial de
según la intensidad de la perturbación sufrida. La biolo
tra que el placer se manifiesta entre dos límites, más ac
de los cuales la impresión cambia de carácter. Todo
necesidad de una determinada cantidad de excitación
ner su estado normal de tonicidad; si la excitación d
debajo de ese *mínimum*, hay sufrimiento; y si se eleva
placer aumenta en seguida hasta llegar á *óptimum*; des
za á disminuir hasta un segundo límite *máximum*,
cual, la excitación, demasiado violenta, se hace dolo
Errera). Ya Spencer había dicho que el placer acompa
vidades medias y el dolor á los extremos. El que una
sulte, pues, agradable ó desagradable, es, sencillame
de intensidad; y así como puede pensarse que todo pla
bello, se concibe también que todo lo agradable sea art

Pues bien: si de todo esto resulta, en fin de cuentas
ción es el elemento esencial de lo bello en el arte, con
encontrará un arte más bello que el de la medicina. Yo
artista que sienta más viva y sinceramente que el méd
ocurre que pueda existir otra *obra* capaz de producir m
más variadas emociones que la naturaleza humana. No
tenerme en citar casos ó en poner ejemplos. Es seguro
á este punto, quienquiera que fuese el que me leyere,
co, dirá: Es cierto; recuerdo que al principio (ó al medi
mi carrera, en cierta ocasión... (aquí la exposición del
nal). Ofrece, en efecto, la práctica profesional de nues
tiples ocasiones de experimentar movimientos violentos
alegría y placer ó de disgusto, y pasar hasta llegar al
terror; emociones intensísimas que se propagan á tod
del cuerpo, dando lugar, en algunos casos, á una hipote
lar y muscular tan acentuadas, que traspasan el límite
gico. Yo he conocido á un cirujano á quien la práctica

ración de importancia le costaba hacer cama dos ó tres días. Parecía como si al hacer efectiva toda la energía potencial de su sistema nervioso, fuera preciso algún tiempo para cargar de nuevo sus *acumuladores* ganglionares. Quedábase el distinguido operador, después de la fuerte emoción sufrida, como encerrado en sí mismo, con gran relajamiento y debilidad muscular, agotado, en una palabra. Y es que hay un cambio vivo de acción recíproca entre el encéfalo y los demás órganos internos. Excitados los centros vaso-motores, la excitación se comunica á los músculos, á los vasos sanguíneos, al corazón, por intermedio del nervio vago; á las glándulas (lagrimales, del intestino), al hígado, pulmón, etc., á los centros corticales motores, y hasta sobre los músculos voluntarios. Esto explica el por qué sentimientos muy distintos y aun opuestos, si se quiere, puedan asemejarse por su efecto exterior. La hipótesis de que todos los efectos lógicos del estado encefálico producidos por una emoción se reducen simplemente á modificaciones vaso-motoras que aumentan ó disminuyen el aflujo de sangre á los diferentes órganos, forma de la fisiología del sentimiento un conjunto de los más bellos. En este caso, á las acciones cambiadas durante una emoción entre el encéfalo y un número mayor ó menor de órganos corresponden modificaciones del sentimiento vital, y, por consiguiente, á cada sentimiento estético, aun el más ideal, corresponde un sentimiento vital consciente.

Ahora, que diga cualquier médico qué fué lo que *sintió* al acometer, por su cuenta y riesgo, su primera intervención médica ó quirúrgica; que cuente tal otro compañero la impresión de su ánimo al encontrar un cadáver donde creyó hallar un enfermo solamente; contemos todos nuestras emociones, y se verá cómo sentimos los médicos viva y sinceramente, y cómo podemos poner cátedra de sensaciones estéticas, desde lo trágico á lo cómico, desde lo bello á lo feo y repugnante, desde lo sublime á lo ridículo, desde lo agradable á lo doloroso; que de todo hay en la obra humana. Aun sin llegar á estos extremos, categorías, límites ó polos de lo bello, dentro de esa actividad media, en la que reside la emoción estética francamente bella, unida á la verdad y al bien, el arte médico proporciona numerosos goces estéticos que nada tienen que envidiar á los que provocan lo meramente decorativo ó recreativo, es decir, aquello que no tiene utilidad alguna. Toda sensación agradable, cualquiera que sea su naturaleza (mientras no esté ligado á sensaciones repugnantes), puede revestir un carácter altamente estético, adquiriendo un grado más ó menos elevado de intimidad y resonancia en la conciencia. Es así que la vista de un enfermo curado por nuestra intervención, ó el término feliz de una operación arriesgada, produce en nuestro ánimo una sensación de alegría intensa, interesando y re-

sonando sobre nuestro «yo», luego dicha sensación tiene un carácter estético innegable, es bella. Y no traigamos aquí á cuento las opiniones de algunos «estetas» trasnochados, que dicen que todo lo útil es feo: «nada hay más útil ni más antiestético que el excusado». La utilidad, la conveniencia, hasta el mismo bien, son cualidades subordinadas de la belleza. El arte médico ¿es bello? Sí. Pues es suficiente. Después, si á más de agradable es útil á la humanidad, conveniente para el progreso, bueno y justo en su parte moral, resultará miel sobre hojuelas, pues á más de determinar una impresión sensorial de agrado, la corriente nerviosa penetrará en las capas cerebrales más elevadas, y tendremos, en la zona del sentimiento, el «bello moral»; en la zona del intelecto, el «bello intelectual»; y quizá, en una zona suprema, el «bello ideal». El placer estético que experimenta el médico al salvar la vida de un enfermo no es ni puede compararse con la satisfacción del deber cumplido, ni mucho menos con otros intereses humanos. Sin embargo, ¿es admisible que la emoción estética sea tan *desinteresada* que no tenga *fin* alguno? Kant decía que lo bello no debe tener fin de ninguna especie, ni objetivo ni subjetivo. Lo verdaderamente bello, ha dicho un filósofo, es lo que no sirve para nada. No podemos estar conformes con esta manera de apreciar el asunto. La impresión estética que sufre el médico cuando admira, por ejemplo, la obra maestra de la naturaleza, la figura humana, es puramente bella, sin fin práctico ninguno, lo mismo que el hombre de ciencia estudia por el placer de conocer, y el hombre verdaderamente moral hace el bien por el placer de hacerle; pero ¿cómo es posible impedir que, aun cuando secundaria y accesoriamente, el artista considere que su actividad puede ser útil á los demás? Pues qué, lo bello, el bien, lo verdadero, el arte, ¿qué otra cosa son sino medios conducentes á un fin: la *felicidad común?* ¿Qué artista pone manos á una obra sin llevar el fin de distinguirse, de progresar, de aproximarse á la perfección? No conviene confundir el interés elevado, el fin ideal, con el provecho material, que son cosas bien distintas.

Siendo, en consecuencia, la emoción médica verdadera, sincera y comunicable, es decir, expresiva, ¿cómo es que el arte plástico no se ha dejado impresionar con más frecuencia y más éxito por nuestros *asuntos* que por otros acontecimientos vulgares trasladados al lienzo ó al barro con verdadera inspiración genial? La razón no es otra que la idea dominante en los obreros del arte bello, como en la generalidad del público, respecto á nuestro arte, que estiman representante fiel de la imagen de lo feo. Se comprende que un artista se eche á la calle ó al campo buscando, por ejemplo, un rayo de sol que produzca un efecto picante de claro-obscuro sobre un individuo, impresionando el sentido visual, excitándole y atrayéndole á la ma-

nera de rutilante artificio pirotécnico; pero penetrar en una sala de operaciones, de hospital ó de disección, inquiriendo la representación genuina de la *verdad* en toda su magnificencia, eso, según se piensa, no es artístico.

¡Fuera preciso que un buen médico reuniera á la vez grandes condiciones técnicas con la paleta para sentir é interpretar tal arte! Sin embargo, ¿no penetró Velázquez en el vulgar taller del herrero para hacer su *Fraguas de Vulcano*, prodigio de estudio del natural? ¿No ha entrado el pintor de ahora en el lupanar, estudiando el vicio, y resultando, por el poder del Arte, cuadros interesantes con modelos de la más ínfima clase?

Las otras dos condiciones, después de la *emoción*, que hemos considerado indispensables para que una obra pueda llamarse artística, son la *personalidad* y el *carácter*. Ambas pueden estimarse como dos fases de una misma y sola idea: la *expresión*. La expresión está caracterizada subjetivamente en que es más viva y más profunda, distinguiéndose de la vulgar; y objetivamente, en que está determinada por ciertos encantos de índole afectiva que pasan desapercibidos para el común de las gentes.

La personalidad del artista constituye su estilo, es decir, su modo de comprender, hacer y sentir el Arte. El artista superior abarca de una ojeada lo más íntimo de los seres y las cosas; da valor á un rasgo imperceptible para el vulgo; sabe discurrir y dar á cada cosa su mérito propio: lo que la originaliza, lo que hace de ella un tipo ó modelo, lo que la distingue de la vulgaridad.

El hombre de arte siente y ejecuta de distinta manera de la multitud: por eso *interpreta*, según Bacon, «añadiendo su alma», y no *imita* la Naturaleza; su función es eminentemente subjetiva. En Medicina se confunde por muchos la obra artística con la habilidad técnica. Nada más diferente, no obstante. Se piensa que sólo por el hecho de que un médico, por ejemplo, introduzca con gran precisión y seguridad un estilete en la glotis, y otro realice á la perfección una operación de talla, merecen el calificativo de artistas.

No; estos médicos son los que seguramente convienen más al pobre enfermo, porque son muy *útiles*; pero bajo el punto de vista estético son, todo lo más, unos habilidosos mecánicos, cuyas confecciones están muy lejos de comunicar una verdadera emoción estética. Cierto que la experiencia acumulada sobre un determinado orden de casos da la máxima garantía de certeza y acierto; lo que se puede afirmar, sin embargo, es que además de que, según un pensamiento de Platón, «sentir siempre, constantemente, la misma cosa, es como no sentir ninguna», la continua repetición del mismo acto llega á embotar la sensibilidad emocional, y todo lo más que podrá

causar en el ánimo del espectador la ejecución material de
será uno de esos sentimientos de relatividad que no tiene
bien claro sobre nuestro estado afectivo general, una de e
admiraciones que más nos sorprenden por la paciencia y
rancia que suponen en el autor que por el efecto artístico
do. Hasta puede darse el caso de que ese mismo acto,
operación de talla verificada por el especialista—contin
ejemplo—con notable éxito práctico, pero sin resonancia
ciencia, sea ejecutada por un principiante que sepa senti
pretar el arte, aun cuando no domine la materia, resultar
talidad un conjunto impregnado de unidad, de armonía, d

Muchas veces el efecto artístico no depende del detalle
so ni de la buena preparación anterior del material. No
análisis y la selección de los colores, ni de la conveniente
de modelo y entrada de luz; no es suficiente hervir el inst
la previa esterilización y la situación de la cama; no está
saber pintar unos bigotes pelo por pelo», como ha dicho S
está el quid en disecar lenta y minuciosamente.

Por el contrario, muchas veces ese mismo efecto artíst
sigue poniendo de relieve el asunto principal, concentran
luz y el interés en el centro de la imagen, señalando el mo
premo de ligar el pedículo de un tumor y relegando el res
cundario, á la penumbra. Veamos lo que sucede en una
ción quirúrgica. El enfermo está conveniente mente prepar
rado, desinfectado, dormido ya, dispuesto el instrumenta
dantes; todo, todo está previsto. Se tiene la unidad de ac
variedad que pueda sobrevenir. La operación está regla
tos anatómicos conocidos; se ha practicado en el cadáver
la obra! El cirujano empuña el cuchillo, abre los tejidos,
llega á lo malo, lo aísla, lo extrae, liga, cose. ¡Ya se termi
se acaba, ya está acabada! Todo es verdadero, estudiad
do; todo está muy bien; pero ¿qué emoción nos ha produ
artista ni su obra? Absolutamente ninguna. Falta ese *alg*
ble que atrae, que nos subyuga, que nos impresiona como
to de un alma emocionada; falta el genio creador, falta
lio. Es una obra fría, muda, copia exacta de lo que deb
nada más; no es artística, aun cuando esté irreproch
formada.

El artista médico, en cambio, comienza por apropiarse
to y le deja obrar sobre un sentimiento y ser elaborado
es él el que se apodera de su obra, sino la obra la que
Apenas tiene idea de las concepciones de la razón; corta
con el bisturí por donde quizás nadie ha aconsejado. Sus
se suceden incesantemente, sin que su espíritu se dé

eilas; se representa á sí mismo, reproduce lo que siente, no imita á ningún maestro, infunde en la obra su propia alma, alumbrada por un rayo de ese fuego que Prometeo robó al cielo; su *modus faciendi* se *distingue* del de los demás; hay algo allí que nos interesa, que nos *emociona*; la obra se acaba y queda como creación verdadera del artista; es el hijo, en que en él se ha reproducido; es el arte médico bello. Ya lo apuntó Paul Delaroche: «Es preciso que el artista obligue á la Naturaleza á pasar á través de su inteligencia y de su corazón.»

Naturalmente que en todos los ramos de la humana actividad, lo mismo que en Medicina, escasean los genios, y vale más que suceda así, porque de abundar sería cosa de no entenderse. Bacon decia que el genio necesita, «no alas, sino plomo». Abandonar al artista la obra del progreso es exponerse inminentemente al extravío. Aplaudamos, que bien lo merece, esos irresistibles impulsos que llevan al genio con poderosa fuerza hacia el infinito que le atrae, pero no desconozcamos esa otra fuerza de concentración que sirve de apoyo y guía, de norma y base, de punto de partida y de muestra de rectificación, que acumula datos, funda escuelas, proclama leyes y custodia enseñanzas y tradiciones: la experiencia.

Para el progreso de la Medicina es, sí, indispensable el genio artístico que rompe por todo y señala nuevos caminos y desconocidos derroteros, separándose de lo corriente, de lo vulgar, de lo preestablecido; pero también es necesario el contrapeso de lo acumulado en el transcurso de los siglos por los grandes maestros que se opone á las falsas visiones de imaginaciones demasiado calenturientas, causantes á veces de gravísimos males.

El artista médico no puede navegar sin peligro por los mares del idealismo puro; su inspiración debe buscarla directamente en la Naturaleza y en la Verdad, sin intermediarios y auxiliares más sanos. Trabaja en la materia viva, y ésta tiene sus limitaciones prácticas, nacidas, ya de obstáculos técnicos insuperables, ya del albedrío del enfermo, ya de accidentes fortuitos, naturales y morales independientes de la voluntad del médico y del paciente. Es decir, que en nuestro arte *querer no es poder*, sino que existen dificultades, algunas de las que parece que han de oponer perpetua resistencia al humano ingenio.

Aparte estas limitaciones de orden exclusivamente práctico, el artista médico tiene á su disposición ancho y fértil campo donde lucir sus iniciativas, su *sello personal*, pues, como ha dicho felizmente Pailleron, «en arte no se trata siempre de hacerlo bien, sino de hacerlo de *otro modo*», llevando siempre por delante el ideal reducido muchas veces á una abstracción pura, á una *idea* de perfección ó mejoramiento.

Y aquí viene como anillo al dedo decir cuatro palab
de la *idea* y el *hecho* en medicina. La inmensa mayoría de
cos y naturalistas contemporáneos muéstranse decididos p
del hecho positivo; su afán dominante es lo concreto; no
ni quieren entender más que lo que se ve por los ojos de
que tiene forma y volumen, lo que se toca, en fin. Concret
samiento en esta frase, que, aunque muy vulgar, por lo
quiero dejar de estamparla: «Dejadme de teorías: á mí d
hechos, nada más que hechos»; ó como ha dejado escrit
gantemente M. Ch. Richet: «Nada vale tanto como una bu
riencia; las concepciones más arduas no son nada al lad
pequeño hecho bien positivo. A medida que avanzo en
aversión por las teorías, las concepciones, los puntos d
conjunto, los sistemas, los principios, va en aumento, mie
mi respeto y mi amor por el hecho, el fenómeno, el exp
tiene todas mis simpatías»... Para estos pigres de ente
faltos de alientos, el ejercicio del pensar les resulta carga
arrojando las abstracciones, los ideales, los entes de razó
mentos de carácter metafísico, se entregan á lo particular
sis experimental, al objeto que es precisamente lo que
puede tener por sí solo valor científico ni artístico.

Considérese el proceso de todos los grandes descubrim
todas las grandes invenciones. Seguramente que la obse
un hecho, de un fenómeno, de un dato experimental ha si
el punto de partida necesario; pero este hecho, este fenóm
tenido otra trascendencia por sí que la de excitar el genio
El observador que se abstiene de pensar, de reflexionar,
reglas de nuestro experimentalismo contemporáneo, no v
más que por los ojos del cuerpo, no descubre más que la
sin penetrar en el fondo. Un Arquímedes, un Galileo, u
no tuvieron delante de ellos otra cosa que lo que se of
ofrece en todo tiempo al observador vulgar; pero estos
pieron ver con los ojos del espíritu, y ante el hecho e
maron una opinión; ó, de otro modo, hicieron una hipótes
principio, la causa, las leyes y las consecuencias del f
imaginaron en seguida experiencias de contraprueba qu
ran su concepción. El conocimiento de un hecho de obse
adquiere valor científico alguno hasta tanto que se *gen*
decir, hasta que se extiende á todos los hechos posible
presentes y futuros de la misma especie; hasta que la
concreta é individual es sustituída por el espíritu en otra
te ficticia, abstracta, general, hasta que se engendra un
ción» en la ciencia, un «ideal» en el arte. Después es ne
denar todos los hechos específicos, para que se les pueda

y distinguir, y esta clasificación necesita una concepción de nuevos hechos imaginarios con los que vengan á fundirse, por así decir, las diferentes especies de hechos del mismo género, formando así una jerarquía, una sistematización de hechos concretos que nos permita observarlos todos, cualquiera que ellos sean, hayan sido ó fueren en un conjunto luminoso que suceda al tenebroso caos de hechos dispersos, incoherentes y confundidos.

Es preciso, en suma, la aplicación del método filosófico, de las concepciones metafísicas, sin lo que no habría seguramente á estas horas ni Astronomía, ni Química, ni Física, ni Análisis trascendental, ni Algebra, ni Mecánica racional, ni Lógica, ni Escritura, ni ninguna ciencia ni arte. El exclusivismo analítico, falto de conceptos fundamentales á que subordinar los detalles del escalpelo, del microscopio, del experimento físico y de la reacción química, condenando las grandes especulaciones de la antigüedad, el razonamiento sobre principios universales, comienza á inquietar á ciertos espíritus en el mundo biológico, ante el peligro de que se pueda cambiar la posición de la pirámide del saber humano haciéndola reposar sobre su vértice, es decir, subordinando la teoría á la práctica, el pensador al manipulador, el artista al artesano, el arquitecto al albañil, el inventor al que explota la invención.

Para experimentar con éxito en medicina no basta armarse de escalpelos y de microscopios, y lanzarse así á la aventura, sino que es necesario un plan anterior razonado de cosas á hacer, un programa lógico de cuestiones á resolver; dicho de otro modo, un método integral adecuado. En arte, si la impresión sensorial ha de presidir á la concepción, y el artista no ha de pensar ni crear cosa alguna, sino sencillamente echarse á la calle en busca de cualquier acontecimiento vulgar, como ocurre á diario, sin que su imaginación desempeñe otro papel que el de obturador de una cámara obscura; entonces, entonces habría que renegar de tal arte creador y quedarse únicamente con la belleza natural de los seres y de las cosas.

No; á la frase «El experimento, nada más que el experimento, sin mezcla de razonamiento alguno» hay que oponer este otro pensamiento: «Un hecho, por sí solo, nada vale; su valor depende de la *idea* con la cual está ligado ó del pensamiento que le forma». Los que hacen grandes descubrimientos son los promovedores de ideas nuevas y fecundas, y en fin (Cl. Bernard, *Eloge de Magendis*): «Se da generalmente el nombre de descubrimiento al conocimiento de un hecho nuevo; pero yo pienso que la idea con la cual está ligado el hecho descubierto es lo que constituye, en esencia, el verdadero descubrimiento».

Así es, en efecto. Si en la ciencia no se comprende el adelanto y el progreso en la simple percepción de un hecho, sino en la inter-

pretación racional del mismo, la racional deducción de s
la racional inducción de la ley general á que obedece, e
se concibe tampoco la belleza sin el ideal, que es la qu
de lo real y verdadero; perfección última del sér que
dero artista lleva en su alma. Y siendo el ideal un fenóm
sal entre los hombres, también lo es el arte, el cual comp
los casos de producción voluntaria de placer estético, a
sea obtenido del más trivial de los modelos.

Hemos dicho que la obra artística médica no sólo era
sino expresiva, es decir, comunicable, capaz de prod
emociones en todos los espíritus. Con frecuencia, el arte
lugar, en las personas no iniciadas en nuestra profesión,
ción externa enlazada con el régimen mental del sujet
sentimiento de lo *sublime*. Cuando la idea ó el sentimient
ma la obra artística no puede ser comprendida porque
cima de nuestro alcance, aparece un matiz superior de
satisface é impresiona por haber llegado á contemplar,
entender. Somos anonadados, humillados por nuestra p
lidad; quedamos estupefactos.

Admitido que todo carácter *distintivo* es para nosotr
te de placer estético, es evidente que la intensidad de n
ción crecerá con la intensidad de la distinción. Como dic
logos, ó bien las manifestaciones reflejas defensivas, cu
están localizados en el bulbo, siguen libremente su curso
tado es un sentimiento de terror, ó bien las capas cortic
una fuerza de inhibición bastante para detener los reflejo
en cuyo caso aparece únicamente el sentimiento de lo su
sentimiento, es verdad, está emparentado en sus forma
ples con la admiración y el temor. La inmensidad en el
el espacio (las elevadísimas montañas, el desierto, la su
mar) obra provocando en nuestra facultad de intuición
te una actividad más intensa que lo es de ordinario, sinc
sobre todo, dándonos la impresión de una *fuerza inmens*
ye en la masa formidable de los espacios y de los ti
ciales.

En las relaciones del hombre con la divinidad, aunqu
grado más inferior, también tienen el carácter de temor
do esa divinidad aparece como un poder esencialment
clemente el temor se transforma en respeto. Existe sub
sólo en el Jehová del Antiguo Testamento, que con una s
crea un mundo y da leyes á su pueblo desde la cumbre
entre relámpagos y truenos, sino también en la doctrina
nismo sobre la infinidad de la misericordia y del amor
frente de la que las culpas y pecados de la humanidad

cen y quedan sin mancha. Pero no es justo decir con ciertos psicólogos (Kant, Edmond Burke) que el sentimiento de lo sublime implica siempre necesariamente un elemento penoso, el espanto, el temor, el asombro, el aplastamiento de nuestra naturaleza, en fin. El elemento doloroso, asociado á las primeras manifestaciones del sentimiento de lo sublime, desaparece en evoluciones más puras y elevadas cuando los elementos intelectuales se hacen más ricos y más nobles. Hasta podemos reconocerle un carácter de alegría si al mismo tiempo nuestra alma se ensancha y dignifica saturada por la grandeza.

¡Cuánta maravilla existe en la fibra y en el parénquima que separa el acero en la mesa de disección! ¡Cuánta grandeza encerrada en el núcleo de la célula! ¡Cuán bello es elevarse del conocimiento de la materia al del sér en cuyo seno palpita la creación! ¡Cuánta sublimidad en lo infinitamente pequeño! ¿Qué es el microscopio más que una fuente de maravillas y de encantos? ¡Qué pasmosa impresión sufre el ánimo cuando por vez primera *ve* latir el corazón de un individuo colocado frente á la pantalla de un aparato de rayos X!

¡Ah! La belleza, en cualquiera de sus gradaciones, no es ni será nunca propiedad exclusiva del arte meramente recreativo ó decorativo. También la sublime ciencia médica se ha apoderado de ella, vistiéndola, á veces, con el ropaje de la más grandiosa de las fantasías. Porque si hay sublimidad en aquella potente voz que hizo surgir un mundo del informe caos, no la hay menos en ese misterioso mandato de la Naturaleza que infunde en la materia el soplo divino y convierte el óvulo en embrión, el embrión en hombre. Porque si es bello hundir la mirada en la noche negra del infinito y sorprender la evolución de un astro, no lo es menos admirar en el fondo de un microscopio un mundo maravilloso de plantas y de animales invisibles. Porque si es grande la figura de Napoleón envuelto en la metralla, al pie de la trinchera ó tras las apretadas filas de los batallones, impávido y sereno dirigir la desolación y la muerte, aun es más sublime la figura del médico, cuyo sacerdocio sólo alienta para el sufrimiento, que entrega su vida al plomo en los campos de batalla ó al azote invisible de la epidemia en las ciudades infectadas. En la aldea como en la población, en el hospital como en las acciones de guerra, el médico siempre es el mismo: heroico hasta el sacrificio, noble y humanitario hasta el imposible, sin más laureles para la posteridad que el olvido ó la ingratitud, sin más recompensa ética que la belleza de las grandes verdades de su ciencia y de su arte.

«He aquí cómo es grande y maravilloso el acero que, rasgando la córnea, abate el velo de la catarata y deslumbra con un torrente

de luz el fondo del ojo, oscurecido por el desconsuelo d
eterna; que limita con su corte la gangrena del miembr
libre camino al pus á través de los tejidos; que restablece
turales, cerradas por los caprichos de la organización; q
las bridas estranguladoras de la flegmasía, y que libr
del tumor que amenaza inficionar la sangre y destrui
(Amalio Jimeno: *Un habitante de la sangre.*)

Lo bello no consiste únicamente, lo repetimos, en el h
rial de la morbidez de la piedra, del marmóreo monu
rico color de la paleta; ni en la vaguedad subjetiva de la
ó en el mágico poder del verso; la ciencia y el arte médi
ponen la belleza sin traducirla, sino presentándola lisa
te, son también sublimemente bellos, porque son directa
daderos. Lo bello, que Platón calificaba de «resplandor
dero», puede con igual razón ser llamado resplandor de
de lo útil, porque lo bueno y lo justo simbolizados, pe
representados de una manera viva, lo mismo que lo útil
el arte, pueden engendrar en nosotros el sentimiento de
Y en verdad que en pocos artes como en el médico pued
unidos, conducentes al mismo fin, lo útil con lo bueno, lo
bello y lo sublime.

Influencia de la luz solar en los seres vivos,
TOR MASIP.—El ahilamiento consecutivo á la ausencia d
sufren los seres vegetales no ha sido objeto de estudio
tros días, en que provocaron grandemente la atención c
experimentos sobre el particular practicados por Duhan
Messe, Teissier Sac, Senebier y otros, dando con ellos
evidenciar que las plantas sembradas y mantenidas en
ros se inclinan desde que nacen, aparecen con verde me
según disminuya ó actúe directamente la luz y adquiera
dificultad el oxígeno, cuyas circunstancias han de prod
dez en los colores y el menor desarrollo orgánico, aparte
frutos aparezcan poco sazonados.

Bien merece consignarse el hecho de que varias pla
vas respondan con movimientos mecánicos bien visible
hallan en presencia directa de la luz.

En el *Juligo septica mixomiceto*, flor de curtiente,
plasmodio hasta la superficie del líquido que la baña
poca luz, que al ser intensa desaparece, evitando así su
El *Closterium moniliferum* dirige su eje hacia el foco *lu*
como el *Penium curtum* y el *Micrasterias rota* se coloc
cular al rayo incidente.

En nuestro país, en las observaciones hechas con moti

e de sol en el año 1900, organizaron en el Jardín Botánico del Museo de Ciencias Naturales de Madrid un servicio de observación, entre cuyos resultados, por lo notables, merecen citarse el de la *Mimosa púdica* (sensitiva), la cual plegó sus hojas, de igual modo que otras mimosas y acacias de Nueva Holanda. El *Papever orientalis* (amapola oriental), la *Scholcia californica, Glaucimum rubrum* y *Luteum Cistus monspeliensis* (jara de Montpellier) y algún *Heliamthemum*, cerraron sus corolas; asimismo las cerraron las *Memophilas*, plantas de adorno muy vistosas, y, por el contrario, las abrieron los *Anagalis* y *Calandrineas*, y los *Mímulos* movieron sus estigmas, abriéndose y cerrándose según la mayor ó menor intensidad del eclipse solar.

Es la acción de la luz en los seres vegetales distinta de la del calor, y así se manifiesta en las regiones en que la luz es más intensa, aunque la temperatura sea menor. El Dr. Onimus afirma que si un viñedo se recubre de una tela negra, por más que se aumente la temperatura, los racimos tardan más tiempo en madurar.

Mesnard ha hecho experimentos con el fin de comparar la intensidad de los perfumes, y ha demostrado que es la luz, y no el oxígeno, la causa de la destrucción de las substancias odoríferas. Por la acción química de la luz se transforma el producto oloroso, y la mecánica la lleva á la resinificación, explicándose así el desprendimiento periódico de perfumes en las flores.

Berthelot en 1892, y recientemente Clarke Nattal y Magiora, han demostrado la existencia del *Clodothrix odorifera* en la tierra, cuyas bacterias esparcen el aroma característico de efluvio primaveral en esta primer estación del año.

A este propósito recordemos los ensayos verificados por Flammarion en los terrenos inmediatos al observatorio de Juvisy, donde instaló cuatro estufas, roja, verde, azul y transparente, colocando en ellas plantas de *mimosa* de la misma edad y desarrollo.

A los tres meses el crecimiento en la estufa transparente alcanzaba diez centímetros; en la azul no se observaba crecimiento alguno; en la verde, veinte centímetros, aunque las plantas presentaban menos vigor; y en la roja alcanzó cuarenta centímetros el crecimiento, aunque la sensibilidad de la planta aumentaba, así como era de notar mayor disminución de la misma en la colocada en la estufa azul. De todo lo cual deduce este autor que la luz roja acelera la evolución de las plantas, y que la azul la disminuye. Idénticos resultados obtuvo más tarde con plantas, flores y frutos diversos, con los cuales practicó experiencias encaminadas á comprobar este aserto.

Y si del reino vegetal pasamos al estudio hecho sobre las toxinas y el desarrollo microbiano, vemos que el poder microbicida de la

luz ha sido conocido en todos los tiempos, pues hasta lo
vajes agitan las aguas expuestas á la acción del sol,
hacer potables ó inofensivas las que se hallan en mala
por estar encharcadas.

Demostrado que el heliotropismo propio de ciertos
resultado de la excitación ó irritabilidad producida po
organismos células, surgió l
riguar las diferencias que e
no presentan los colores ele

Diversos experimentos h
que los rayos azules, violad
lados, cuyas ondulaciones l
mucho más largas, destruí
bios, así como los rayos ro
y verdes los dejaban incólu
dose la rapidez de esa acció
dad con que actúa el rayo l

Experiencias hechas con la *mimosa púdica*.

Sabido es que á los microbios se les cría y cultiv
facilidad y mediante la gelatina en los laboratorios
no obstante de existir quien los propague en discos ó
das con el tubérculo de la patata.

Conh primero, y Strasburger después, al objeto de
rayos microbicidas, han aplicado uno á uno todos los co
tales sobre diversos trozos de gelatina fertilizada, ob
ello al poco tiempo cuáles presentaban los microorgan
y cuáles seguían siendo el abono del mantenimiento y
de los vivos.

Dawnes y Blunt (1878) dicen que, expuestos al sol

bacterias de la putrefacción, han observado: 1.° Los rayos solares ejercen una influencia nociva á la evolución de las bacterias. 2.° Las radiaciones del espectro, los más refrangibles, son sólo los activos. 3.° El oxígeno toma un papel importante en esta acción destructora de los microorganismos.

Estos fenómenos se observan también en la sucrasa, pues basta que el vaso ó el agua en el que vaya á hacerse la disolución se haya expuesto al sol para que la actividad cimásica sea debilitada; radiación solar y fenómeno físico que impide la manifestación vital.

Bücher ha demostrado, al estudiar la acción de la luz sobre las bacterias en suspensión en el agua, que aquella que encerraba 100.000 *baccillus colli* communis por centímetro cúbico no podía desarrollar cultivo alguno de ella después de estar expuesta una hora á la acción de los rayos luminosos. Otros muchos autores (1) han hecho estudios sobre el *baccillus piocianicu* y *baccillus prodigiosus,* experiencias que comprueban igualmente la influencia de la luz sobre estos *baccillus.*

Y al pasar á las observaciones realizadas sobre el reino animal, vemos que la luz obra sobre los pigmentos, ora destruyéndolos, ora favoreciendo su formación: el rojo retiniano ó eritropsina, formado en la oscuridad, es destruído por la luz. La incidencia solar, según asegura Anfrus, sobre la glándula hipobronquial de los individuos del género *Murex*, origina la púrpura. La profundidad en que viven ciertos moluscos también influye en su coloración: en los elatobranquios, hasta tres brazas, los colores son muy brillantes; de tres á veinte brazas dominan el azul y el verde; de veinte á treinta y cinco, el púrpura; más profundamente, el amarillo y el rojo; de setenta y seis á ciento cinco, el rojo oscuro; y de ciento seis á doscientas cinco, el blanco mate.

Las experiencias realizadas en los peces llamados *platijas*, que colocados en un estanque en cuyo fondo y costados se hallan espejos que reflejan la luz, al poco tiempo de hallarse en estas condiciones se nota un cambio de vida en su modo de ser, y, lo que es más notable, toman coloración oscura en el costado y parte inferior de los peces sometidos á estas experiencias, partes que antes eran blancas y nacaradas.

Recientemente G. Perna (1905) deduce que la luz ejerce una acción biológica sobre la ontogénesis del huevo de gallina, análoga á la demostrada por Reclard y Morien en los huevos que se desarrollan en aguas estancadas, y Edwards, Poey y Echnetzler en los anfibios; asimismo afirma que la luz, obrando como estímulo fótico,

---

(1) D'Arloing, Roux, Straus, Duclaux, Gaillard, D'Arsonval, Arnauld, Guimbail, Raulin.

ejerce una acción directora (fototropismo) sobre las prime
del blastodermo, comparable al heliotropismo de las plan
tud de cuya acción el embrión se orienta hacia la fuente
adaptándose del modo más conveniente para poder despl
tencialidad evolutiva de que están provistas sus células
y por último, parece comprobada la formación y evoluci
tema vascular del embrión, determinando las variaciones
exceso de desarrollo.

De este mismo asunto nos habla Loeb al afirmar la ex
heliotropismo, que divide en positivo ó negativo, al hacer
vaciones de investigación en las mariposas y otros insect

No menos notables son las observaciones hechas por
gusanos de seda encerrados en cajas de diversos haces
cos, de cuyas experiencias deduce este autor que la luz
la que produce mayor aumento de peso en tales seres.

El Dr. F. A. Cook, describiendo los efectos de la prolo
che antártica en nuestra economía, nos refiere que á bor
que explorador *Bélgica*, á medida que la noche se alarg
palidecían, «tomando un tinte de color verdoso». El co
con menos fuerza, y los hombres no podían concentrar
ni fijarla detenidamente sobre un objeto determinado. Ur
estuvo á punto de perder la razón, recobrando su est
cuando apareció de nuevo el sol en el horizonte.

El cretinismo es endémico en los valles en que no e
por la excesiva altura de sus montañas. La falta de me
en las esquimales durante los meses en que están sumida
curidad en las regiones polares, y por fin, el detalle de
ción de la membrana de los bastoncillos de la retina cua
manece mucho tiempo en la oscuridad, prueban bien á la
de una manera evidente la acción directa molecular d
los tejidos animales.

En nuestro sentir, todas estas circunstancias son de
acto reflejo, consecutivo á las fuertes impresiones prop
por la recepción ocular de vibraciones luminosas. Cual e
to visual ocurre en la superficie cutánea, donde las llam
festaciones sensibles de la transformación del movimient
la acción de las vibraciones luminosas sobre los nervios s
que son los verdaderos conductores de ese mismo movim
introducir modificaciones diversas en el protoplasma de
pigmentarias. Y no hay precisión, por lo tanto, de busca
ciones invocando los trastornos indicados por Bruche ac
nervios tróficos y de los vaso-motores.

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

FUNDADA POR

DON FEDERICO RUBIO Y GALÍ

DIRECTOR

DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

Secretarios de Redacción

Dr. R. Luis y Yagüe. | Dr. Pablo Lozano.
Dr. S. García Hurtado. | Dr. Antonio Mut.

TOMO XIX

Números XLI, LXII, XLIII, XLIV, XLV y XLVI
(Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio.)

MADRID
DIRECCIÓN Y GERENCIA: INSTITUTO RUBIO, LA MONCLOA

1908

11.765.—Imprenta de Idamor Moreno, Tutor, 22.—Tel

ÍNDICE DEL TOMO DÉCIMO-NOVENO

Páginas.

INFLUENCIA DE LA NEFROPTOSIS DERECHA EN LAS ALTERACIONES DEL TUBO DIGESTIVO. Conferencia dada en el Instituto de Terapéutica Operatoria, por el Dr. García de Arias 1
UN CASO DE QUISTE DENTARIO DEL MAXILAR INFERIOR DIAGNOSTICADO DE SARCOMA, por el Dr. Pallarés 10
UN CASO DE LIGAMENTOPEXIA ABDOMINAL SEGUIDO DE EMBARAZO Á TÉRMINO Y PARTO NORMAL, por el Dr. Eduardo Masip 13
SOBRE LA CONSOLIDACIÓN DE LAS FRACTURAS DE LA DIÁFISIS DEL FÉMUR, por el Dr. S. García Hurtado 18
LOS NIÑOS MENTALMENTE ANORMALES ENFERMOS DE LA VOLUNTAD, por el Dr. Antonio Mut 33
CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA ESTERILIZACIÓN DEL AIRE, por el Dr. S. Bernheim 39
EMBARAZO EXTRAUTERINO, por el Dr. Policarpo Lizcano 41

REVISTA DE ESPECIALIDADES 56
Cirugía del aparato digestivo, por el Dr. R. Luis y Yagüe 56
Ginecología, por el Dr. Gutiérrez 57
Laringología, por el Dr. J. Morales Lahoz 61
Neurología y Electroterapia, por el Dr. E. Vilches 62
Proctología, por el Dr. Fermín Martínez Suárez 65

BIBLIOGRAFÍA, por el Dr. López Campello 72
La lucha por la salud 72
Reconocimiento de venenos y de medicamentos activos 73

SECCIÓN PROFESIONAL 74
El Dr. Ferrán 74
Asamblea nacional de la Prensa médica 74
Primer Congreso Nacional de la Tuberculosis 77
Congreso laringo-rinólogo 79
Necrología 79
Distinción honrosa 79
Noticias 79
Real orden importante 80

SOBRE UN CASO DE PROSTATECTOMÍA, por el Dr. L. González Bravo. 81
PARÁLISIS ALTERNA CONGÉNITA, por el Dr. D. Ricardo Pérez Valdés. 84
DOS CASOS DE ESPLENECTOMÍA, por el Dr. García de Arias 89
OTITIS EXTERNA DIFUSA, por el Dr. Juventino Morales Lahoz 99
RESUMEN PRÁCTICO DE ELECTROTERAPIA. Guía clínica de los diversos procedimientos de aplicación de la electricidad, por el doctor E. Vilches 102
EMBARAZO EXTRAUTERINO (continuación), por el Dr. Policarpo Lizcano 109
LOS NIÑOS MENTALMENTE ANORMALES, por el Dr. Antonio Mut 117

REVISTA DE ESPECIALIDADES.....

Anestesia, por el Dr. Fermín Martínez Suárez.....
Cirugía del aparato digestivo, por el Dr. R. L. y Yagüe.....
Ginecología, por el Dr. Gutiérrez.....
Osteo-artropatías y Cirugía ortopédica, por el Dr. García Hurtado
Oto-rino-laringología, por el Dr. Irueste.....
Proctología, por el Dr. Fermín Martínez Suárez.....
Vías urinarias, por el Dr. Carlos Negrete.....

BIBLIOGRAFÍA, por los Dres. Gutierrez y A. Mut .....

Tratado de Obstetricia.....
Artículos y notas clínicas.....
Algunos problemas etiológicos relacionados con las funciones de l
Datos estadísticos de la mortalidad infantil de 0 á un año de edad

SECCIÓN PROFESIONAL.....

Algunos problemas biológicos relacionados con las funciones de l
Estatutos de la Asociación Española de Cirugía.....
Reglamento del Congreso bienal que celebrará la Asociación Es
Cirugía.....
Tema de concurso.....
Sociedad Ginecológica Española.....
Noticias.....
XI Congreso Internacional de Oftalmología.....
Ministerio de la Gobernación.....

DE CÓMO LOS RAYOS ROENTGEN, DICIENDO LA VERDAD, PU
DUCIR AL ERROR, por el Dr. Saturnino García Hurtado.
ALGUNAS COMPLICACIONES EN LOS TRAQUEOTOMIZADOS Y SU
MIENTO, por el Dr. José Horcasitas.....
DOS CASOS DE CUERPO EXTRAÑO DEL OÍDO, por el Dr. Villar
DOS PALABRAS ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LAS SUPUR
AGUDAS, NO TUBERCULOSAS, DE LA PRÓSTATA, por el Dr
Negrete.....
EL TRATAMIENTO DE LA ENTEROCOLITIS MUCO-MEMBRANOSA
men alimenticio.—Lavados intestinales.—Curas hidrom
por el Dr. Maurice Langenhagen.....
INFECCIONES GRAVES EN LOS ABORTOS, por el Dr. D. F
Botín.....
LOS NIÑOS MENTALMENTE ANORMALES. Educación de la v
por el Dr. Antonio Mut.....
EMBARAZO EXTRAUTERINO (continuación), por el Dr. Polica
cano.....

REVISTA DE ESPECIALIDADES.....

Anestesia, por el Dr. Fermín Martínez Suárez.....
Cirugía del aparato digestivo, por el Dr. R. L. y Yagüe.....
Ginecología, por el Dr. Gutiérrez.....
Laringología, por el Dr. Juventino Morales Lahoz.....
Osteo-artropatías y Cirugía ortopédica, por el Dr. García Hurtado.
Oto-rino-laringología, por el Dr. Irueste.....
Vías urinarias, por el Dr. Carlos Negrete.....

BIBLIOGRAFÍA, por el Dr. López Campello .....

El onanismo.....
Nova sciencia de curar.....

Páginas.

SECCIÓN PROFESIONAL, por los Dres. Pablo Lozano y José B. Gallego 226
Mes académico 226
Real Academia de Medicina de Madrid 230
Noticias 238

CÁLCULO URETRO-VESICAL EN UNA MUJER.—Extracción por colpo-uretrotomía.—Muerte á los treinta y dos días por uremia.—Autopsia: grandes lesiones ascendentes del aparato urinario.—Conferencia dada en el Instituto Rubio el jueves 12 de Marzo de 1908, por el Dr. Carlos Negrete 241
NOTA SOBRE LA HERNIA UMBILICAL CONGÉNITA, por el Dr. Carmelo Gil é I. 251
UN CASO DE LIPOMA ARBORESCENTE TUBERCULOSO DE LA RODILLA, por el Dr. Saturnino G. Hurtado 257
ENVENENAMIENTO POR LA CREOSOTA, por el Dr. D. Celestino Moliner 262
SOBRE LA OFTALMO-REACCIÓN, por el Dr. Verdes Montenegro 264
EL TRATAMIENTO DE LA ENTEROCOLITIS MUCO-MEMBRANOSA.—Régimen alimenticio.—Lavados intestinales.—Curas hidrominerales (conclusión), por el Dr. Maurice Langenhagen 272
EMBARAZO EXTRAUTERINO (continuación), por el Dr. Policarpo Lizcano 278
RESULTADOS GENERALES DEL TRATAMIENTO.—Consideraciones finales, por el Dr. M. Márquez 285

REVISTA DE ESPECIALIDADES 295
Anestesia, por el Dr. Fermín Martínez Suárez 295
Cirugía del aparato digestivo, por el Dr. R. L. y Yagüe 296
Cirugía general, por el Dr. Pallarés 298
Ginecología, por el Dr. Gutiérrez 300
Neurología y Electroterapia, por el Dr. E. Vilches 302
Ósteo-artropatías, por el Dr. A. López Durán 303
Vías urinarias, por el Dr. Carlos Negrete 305

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS, por los Dres. A. López Durán, E. Moreno Melgar, F. Blasco y Soto, M. J. G. de la Serrana y M. Spreáfico 307
Sueroterapia de la fiebre tifoidea 307
Sobre la coloración del bacilo tuberculoso 312
De la leucogénesis en ciertas formas de leucocitosis 313
Contribución á la histología del pulmón. Sobre la manera de establecerse la comunicación entre los alvéolos 314
Paso al organismo de las sustancias tóxicas segregadas por los helmintos (esclerostoma, esofagostoma y anquilostoma) 315

BIBLIOGRAFÍA, por el Dr. R. L. y Yagüe 317
Elementos de Terapéutica general 317

SECCIÓN PROFESIONAL, por el Dr. Med. Hans Leyden 318
Asociación germano-ibero-americana de Medicina y Ciencias sanitarias 318

UN ENFERMO DE TARSALGIA, por el Dr. Saturnino García Hurtado 321
ECTOPIA TESTICULAR DOBLE, por el Dr. Pablo Lozano 325
TRATAMIENTO POST-OPERATORIO DE LA CISTOTOMÍA SUPRAPUBIANA, por el Dr. R. Martín Gil 333

VALOR DEL CITO-DIAGNÓSTICO EN LA PRÁCTICA MÉDICA, por
tores López Durán y G. Gaona.....
NEFROPTOSES Y QUIMISMO GÁSTRICO, por el Dr. R. Luis y
ALGUNAS OPINIONES ACERCA DEL PROBLEMA ETIOLÓGICO D
BERCULOSIS, por el Dr. Antonio Mut.....
EMBARAZO EXTRAUTERINO (continuación), por el Dr. Polic
cano.....

REVISTA DE ESPECIALIDADES.....
Anestesia, por el Dr. Fermín Martínez Suárez.....
Cirugía del aparato digestivo, por el Dr. R. L. y Yagüe.....
Enfermedades de niños, por el Dr. Moliner.....
Estomatología, por el Dr. B. Landete.....
Medicina interna, por el Dr. A. Mut.....
Medicina legal, por Antonio Lecha-Marzo.....
Neurología, por el Dr. E. Vilches.....
Osteo-artropatías, por A. López Durán.....
Oto-rino-laringología, por el Dr. Irueste.....
Urología, por el Dr. González Tomás.....
Vías urinarias, por el Dr. Carlos Negrete.....

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS
Dres. Guillermo Gaona y Spreáfico.....
Investigaciones experimentales sobre la durina, y en particular so
tamiento por el atoxil.....
Concepto actual sobre los anticuerpos.—Sus relaciones con la inm

BIBLIOGRAFÍA, por el Dr. Celestino Moliner.....
Paidología.—De la importancia de la dirección médica en la le
tural.....

SECCIÓN PROFESIONAL, por A. M.....
El «Malydott».....
Premio importante.....
Los médicos en el Japón y en Alemania.....
La aerostaterapia.....
Noticias.....

VALOR DE LA GASTRO-ENTEROSTOMÍA PRINCIPALMENTE EN
MATEMESIS, por D. José Ribera y Sans.....
UNA FORMA POCO FRECUENTE DE ENDOPERICARDITIS RE
por el Dr. Antonio Mut.....
APUNTES CLÍNICOS Á PROPÓSITO DE DOS LAPAROTOMÍAS, po
tor Francisco Botín.....
OSTEOFITOS EPIFISARIOS.—Lesiones que determinan su di
y tratamiento, por el Dr. Decref.....
EMBARAZO EXTRAUTERINO (conclusión), por el Dr. Polic
cano.....

REVISTA DE ESPECIALIDADES.....
Anestesia, por el Dr. Fermín Martínez Suárez.....
Cirugía del aparato digestivo, por el Dr. R. L. y Yagüe.....
Ginecología, por el Dr. Gutiérrez.....
Neurología y Electroterapia, por el Dr. E. Vilches.....
Vías urinarias, por el Dr. Carlos Negrete.....

TRABAJOS DE LABORATORIO Y SUS APLICACIONES CLÍNICA
Dr. M. Spreáfico.....
Concepto actual sobre los anticuerpos.—Sus relaciones con la inm

REVISTA IBERO-AMERICANA
DE
CIENCIAS MÉDICAS

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

NOTAS CLÍNICAS

INFLUENCIA DE LA NEFROPTOSIS DERECHA EN LAS ALTERACIONES DEL TUBO DIGESTIVO

CONFERENCIA DADA EN EL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA

POR EL DR. GARCÍA DE ARIAS

el jueves 9 de Enero de 1908.

Señores: Voy á relataros en breves palabras algunas historias clínicas con la crítica de las mismas, á fin de que me ilustréis, bien aportando datos nuevos ó análogos á los que voy á exponer, bien aprobando ó rectificando conceptos que juzguéis erróneos ó desprovistos de suficiente fundamento.

La primera observación se refiere á una señora de cuarenta y dos años que vi en consulta con el Dr. D. Virgilio Guajardo, y padecía una nefroptosis derecha en segundo grado hacía bastante tiempo. Esta señora acababa de regresar de París, donde había sido tratada por un especialista de una enfermedad del estómago durante unos tres meses, tratamiento farmacológico que fracasó, á juicio del especialista, porque los síntomas que presentaba la enfermedad eran dependientes de la ptosis renal, y que creía indispensable la nefropexia para curarla de los sufrimientos que le proporcionaba su dolencia.

Abundando en las mismas ideas que nuestro colega francés, el Dr. Guajardo me avisó para que reconociese é interviniese á la mencionada enferma.

Esta señora evidentemente tenía su riñón derecho desplazado, y ningún otro signo físico se recogía explorando con calma y dete-

nimiento su abdomen; sin embargo, no satisfacía al esp
buir á esta ptosis los trastornos gástricos (de poca im
que por eso no los menciono), ni la desnutrición de la
el dolor intenso y accesional que partía de las profund
mitad derecha del epigastrio, con irradiaciones muy vi
sentidos, que la sumían en la postración y desesp
sombría.

Solicitamos el concurso del Dr. Yagüe para ilustra
cimos diferentes veces á la enferma, y ni durezas, ni e
tos, ni nada macroscópico encontramos que justificase
que abrigábamos de que pudiese tratarse de un proce
maligno del estómago; nos quedamos con el diagnóstic
del estómago y nefroptosis derecha, haciéndonos prese
Yagüe con mucha insistencia que nada obtendríamos c
del riñón.

Como á la paciente se le había hecho creer en la
operación y nada había que la contraindicase, fijamos
las consecuencias fueron buenas con respecto á la
pero—como muy sabiamente nos lo había advertido el
ningún beneficio reportó á la enferma. Sus pretendida
tomacal é histerismo (diagnóstico de otros compañero
nando su salud, y cuatro meses después de operada
secuencia de un carcinoma del estómago, que solame
meses antes de morir lo apreciaron por palpación los
Guedea y su médico de cabecera, D. Virgilio Guajard

Este caso de mera coincidencia de dos procesos n
de relieve los siguientes errores: quiénes, atribuían á
nal la gastropatía que aquejaba esta enferma; otros, á
por falta de datos para afirmar la sospecha de neopl
ambos errores disculpables, puesto que la nefroptosis p
sa de enfermedades del estómago (como diré luego); y
tragástricos con propagación ulterior á las paredes de
cánceres de la cara posterior de este órgano—hasta e
avanzado de su evolución—son indiagnosticables po
tos, ó, cuando más, sospechados; y sobre presunciones
ó diagnósticos equivocados no pueden instituirse sino
estériles ó contraproducentes, como ocurrió en este ca

***

Nuestra segunda observación recae en una señora
y nueve años de edad, multípara, de humildísima pos
drada, abatida por disgustos y escaseces. Su padre y
na murieron tísicos; comenzó á sentirse mal en Junio d

tando su enfermedad por pérdida del apetito con dolores en el hígado y estómago, que fueron acentuándose hasta hacerse en algunos momentos insoportables y tan continuos, que había días en que no la cesaban ni un segundo, con la particularidad de que la ingestión de cualquier bebida le calmaba inmediatamente el dolor, para reaparecer en seguida y con más intensidad. La costaba gran trabajo hablar y andar, y desde los comienzos de su enfermedad la piel y las conjuntivas se tiñeron de color amarillo verdoso subido; con frecuencia tenía náuseas, y cuando éstas provocaban el vómito únicamente expulsaba algunas bocanadas de bilis; tan pronto sufría de astricción como hacía deposiciones líquidas; unas veces las deyecciones eran casi negras, y otras decoloradas y terrosas, casi blancas.

Llevaba cinco meses de enfermedad infebril, en cuyo tiempo había adelgazado considerablemente, cuando la reconocimos por primera vez; al explorar su abdomen nos encontramos con una tumoración multilobulada, dura, de contornos borrosos, nada movible y que correspondía al estómago. Una de las lobulaciones mayores y de superficie irregular—como todas las demás—asentaba en su tuberosidad mayor por estar situada á la altura de los cartílagos costales 8.° y 9.° izquierdos; otras lobulaciones más pequeñas que se tocaban en el ángulo superior del hueco epigástrico por debajo del apéndice xifoides debían corresponder á su pequeña curvadura, y la masa tumorosa de más volumen, inmóvil, situada por debajo del 9.° cartílago costal derecho, la hacíamos corresponder al píloro y órganos con él relacionados. La exploración exageraba el dolor.

Con los datos recogidos y los suministrados por la palpación creímos, sin dudas ni vacilaciones, que se trataba de un extenso carcinoma del estómago propagado á los pequeños epiplones y á la cabeza del páncreas, por la ictericia oscura que desde hacía cinco meses venía padeciendo.

Comunicamos á su hija nuestros juicios diagnóstico y pronóstico, extrañándonos que el médico encargado de su asistencia no pensase como nosotros, por creerlo un asunto claro y fuera de discusión.

Pues bien: en Agosto del año pasado, ó sea ocho meses después, nos encontramos á esta señora en un tranvía, alegrándonos saber se encontraba curada de su dolencia y que podía consagrarse al trabajo, aunque con algunas reminiscencias de lo pasado. Nuestra sorpresa rayó en la estupefacción: la que creíamos ya enterrada estaba viva y relativamente sana. La rogamos se dejase reconocer nuevamente, á lo que accedió gustosa. Nos encontramos que de los signos físicos apreciados en el primer reconocimiento sólo subsistía

uno, la voluminosa masa tumorosa derecha de superf
en su cara anterior, que antes estaba inmóvil y como e
el plano posterior del tronco, y ahora gozaba de movilid
pudiéndosela comprender entre la mano izquierda co
ángulo costo-vertebral derecho y la mano derecha aplic
región epigástrica. Esta masa no era otra cosa que el ri
desplazado, arrastrando en su descenso órganos vecino
do sus repliegues serosos de fijación y el suyo propio. I
la enferma en las dos posiciones aconsejadas por Israel
y confirmamos nuestro juicio.

Al preguntarla á qué tratamiento médico debía su sa
nifestó que á un fármaco compuesto de bromuro sódi
amilácea y subnitrato bismútico, de cuya mezcla debía
dosis conveniente una hora después de cada comida. Al
Dr. D. Ramón Jiménez, que le autorizó á comer y prescr
cla anterior, debe el haberse normalizado el funciona
aparato digestivo, con desaparición de la ictericia y los
estómago é hígado. Su mejoría fué rápida.

Importa hacer constar que ni su médico de cabecera
tor Jiménez, ni nosotros, practicamos análisis de jugo
de orinas, ni tampoco aconsejamos se observasen y crib
yecciones; hemos ignorado y continuamos ignorando el
de nuestros colegas.

Trataremos ahora de explicar lo ocurrido con esta en
que ello signifique una disculpa al equivocado juicio
que formulamos después del primer reconocimiento»;
creemos admisible el atribuir á un preparado farmacoló
sición casi brusca de un estado de enfermedad caracte
un cuadro de síntomas tan importante y persistente al
mo normal de los órganos enfermos.

La ictericia pronunciada y de unos seis meses de d
reflujo de bilis á la cavidad estomacal, las deyecciones
y la hepatalgia, desde luego nos hacen pensar, ó en u
ción coledociana intermitente por un cálculo movible á m
vula, ó bien en una compresión extra-parietal del colédo
es más probable, á la compresión de la ampolla de Va
porción vertical del duodeno por la ectopia inicial del
última interpretación es la más admisible, por ser de las
explica mejor los fenómenos, sobre todo el del reflujo de
estómago, y por habernos encontrado al riñón movible
cendido—en nuestra segunda exploración;—en este gra
censo, podrá atirantar el riñón sus medios de fijeza, los d
y de algún otro órgano vecino, pero no puede actuar de

cánica, comprimiendo al duodeno ó yeyuno; explicándonos esto, además, la mejoría rápida de la paciente, por permitir el libre curso de la bilis y cesar esta secreción, asociada á la pancreática, de perturbar el funcionalismo mecánico y químico del estómago.

«Entre otras causas susceptibles de impedir el paso del quimo al yeyuno, se ha señalado la compresión de la segunda porción del duodeno por un riñón flotante ó por un tumor del páncreas. Nicaise y Glénard la han atribuído á una tensión exagerada de la cuerda mesentérica, obliterando el calibre de la tercera porción del duodeno. En fin, el mismo accidente puede producirse en el origen del yeyuno, al nivel de la inserción del músculo de Treitz.»

«No insistiremos bastante sobre el papel que debe jugar, en tal circunstancia, la configuración del asa duodenal, y la situación elevada del origen del yeyuno, que á menudo se encuentra sobre el mismo plano horizontal que el píloro y también sobre un plano notablemente superior.»

«El espasmo del asa duodenal es suficiente en estos casos para determinar el reflujo de la bilis en el estómago, la dilatación de este órgano, vómitos diarios con crisis gastrálgicas y los síntomas generales más inquietantes.» (*Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum*, par le Dr. E. Doyen, 1895, págs. 187 y 188.)

Las distintas lobulaciones que tocamos en nuestro primer reconocimiento ¿fueron reales ó imaginarias? No titubeamos en afirmar que existían, pero que no eran debidas á placas neoplásicas de la cara anterior del estómago y pequeños epiplones que lo rodean y conectan con el hígado, bazo, duodeno y colon transverso; sencillamente ocurrió que en el momento en que practicamos la palpación de aquel órgano se encontraba en *contracción sistólica persistente*, y tomamos este *estómago sistólico* por un carcinoma gástrico difuso y propagado.

Pfaundler, que niega la existencia de la hipertrofia congénita del píloro, se funda, entre otras razones, en que en 26 autopsias ha visto el estómago normal, y la estenosis encontrada *post-mortem* no era sino una contractura del píloro, «de un estómago fijo, inmovilizado por la muerte en una de las fases de su funcionamiento motor» en *contracción sistólica*. El estómago, en efecto, puede presentarse en contracción persistente extendida á toda su superficie: éste es el *estómago sistólico*. Pero la contracción puede desaparecer del resto del órgano y no persistir sino al nivel del píloro: éste es el *estómago hemisistólico*.

Aunque hubiésemos tenido esto presente en el momento de nuestra primera exploración, es probable que nos hubiésemos equivoca-

do lo mismo; únicamente exploraciones sucesivas nos hu
vido para modificar nuestro juicio diagnóstico, dando con
cometiendo un nuevo error.

***

Tres enfermas de las que acuden á la consulta públic
tor Moreno Zancudo, que tengo en estudio, padecen de
derecha y del estómago; á dos de ellas las he mandado
que las examinéis. De éstas, una es una señora de cuaren
años, nulípara, cuyos padres murieron tísicos, y que desd
á esta parte viene sintiendo las molestias propias de uns
pilórica con gastroectasia y gastroptose consecutivas.
palpación podréis comprobar la enorme dilatación de este
que bajo las manos se contrae vigorosamente, dibujando
nos, simulando un voluminoso quiste, cómo se relaja,
apreciar sus límites. Esta gastroectasia se ha hecho pater
Enrique Moreno Zancudo insuflando el estómago, y, aden
tor D. Teodoro Gaztelu — á quien nunca agradeceremo
tanta deferencia — ha practicado una investigación rad
este estómago, una hora, hora y media y dos horas desp
ber tomado una cena ligera é inmediatamente después
compuesta de 50 gramos de subnitrato de bismuto y med
agua (comida de Rieder).

En la plancha fluoroscópica vimos la figura del estóm
do, casi todo situado á la izquierda de la línea media,
casi vertical en su tercio superior; su tercio medio, que p
bolsa insuflada, llegaba hasta unos cuatro traveses de de
cima de la sínfisis, estrechándose la sombra pertenecien
pilórico, que rebasaba unos dos ó tres centímetros á la de
columna vertebral. En las diferentes iluminaciones á que
mos no vimos ni contracciones débiles ni vigorosas del e

A esta señora le han practicado diferentes recogidos
se ha comprobado por el análisis que tiene hipoclorhidri
ción alimenticia. Como veis por lo delgada que está, su
ción es grande: ella calcula en unos doce kilos lo que ha
peso en el tiempo que lleva enferma.

Pues bien: desde mediados de Octubre del año pasad
cuando por vez primera la examinamos, apreciamos al
loro una pequeña tumoración dura, esférica, no limital
movible, tumoración notada ya por el Dr. D. Domingo P
fué el que recomendó esta enferma al Dr. Yagüe, por este
ro y por los Dres. Moreno Zancudo. En los últimos reco
practicados por distinguidos compañeros y por nosotros

de Diciembre, hemos notado el riñón derecho ectopiado, y la pequeña tumoración que antes bastaba una palpación muy superficial para tocarla, ahora es necesario practicarla profunda, y el pequeño tumor participa de los movimientos que son susceptibles de imprimirse al riñón. Esta enferma ha mejorado en los últimos veinte días, coincidiendo esta pequeña mejoría con el aumento en el grado de descenso del riñón.

La otra enferma que hemos mandado venir es una joven de veinticuatro años, cocinera de oficio, unípara, bien conservada, sin ptosis de las vísceras abdominales, en la que podéis comprobar la existencia de una ectopia renal derecha en segundo grado. Esta enferma, de dos meses á esta parte, padece accesos de gastralgia seguidos de vómitos y de un estado angustioso muy penoso; estos accesos se repiten dos, tres ó más días, y luego viene un período de calma de seis y ocho días. Se ha evidenciado, por el análisis químico del recogido gástrico hecho el día 7 del actual, que existe hiperclorhidria.

En el verano último recomendamos por segunda vez al Dr. Yagüe una enferma bastante desnutrida, de unos cuarenta años, con trastornos gástricos muy parecidos á los de la anterior, que hará unos cinco años sufre de nefroptosis renal derecha, y que, á pesar de llevar durante todo ese tiempo la faja de Glénard, el riñón progresa en su descenso y esta desdichada no se ve libre nunca de sus molestias gástricas. Las dos veces que ha acudido á nosotros, únicamente ha sido cuando éstas se han hecho insoportables.

Sobre estos últimos cuatro casos, creemos (á la manera que puede creerse en Medicina) que en el primero, segundo y cuarto la enfermedad del estómago es dependiente de la nefroptosis y sostenida por ésta; tal vez alguno de vosotros no vea sino coincidencias patológicas ó trastornos funcionales, reflejos dependientes de las relaciones inmediatas ó mediatas de circulación é inervación que existen entre estos órganos: puede que tengáis razón; la marcha ulterior de la enfermedad y el resultado del tratamiento que pondremos en práctica, partiendo de nuestro juicio diagnóstico, dilucidarán la cuestión.

Si en las observaciones expuestas podéis abrigar dudas sobre el papel etiológico del riñón movible, no ocurrirá lo mismo con otros dos de que á continuación os voy á hablar.

Ambas presentaban el mismo cuadro clínico de síntomas, inapetencia, enteralgia, estreñimiento alternando con deposiciones líquidas, predominando casi de continuo la diarrea, gran enflaquecimiento, y los accesos dolorosos abdominales siempre eran más vivos en la mitad derecha de la región hipogástrica; las dos padecian de ne-

froptosis derecha muy acentuada y ptosis visceral e
grado.

La primera que vimos es una obrera, multípara, de
ocho años, que sólo seis meses llevaba enferma, debutand
cimiento por un cólico violento que la dejó muy malpa
tiéndose estos cólicos después, aunque no tan dolorosos
buía su estado á un descenso uterino que padece, siendo
tivo por que vino á nuestra consulta. Le aconsejamos la
riñón, que practicó en este Instituto á principios del a
Dr. Negrete. Su estado es inmejorable; pronto tendréis
verla, porque ingresará de nuevo para operarse de s
uterino.

El mismo año 1906, en el mes de Mayo, la otra enfe
consultarse. El estado de esta señora era lamentable: de
extenuada; tan continua era la neuralgia abdominal, qu
ba á andar despacio y encorvada; se había debilitado m
tiempo que venía padeciendo de diarrea, que no obedeci
tintos tratamientos médicos á que se la había sometido.
ocho años que llevaba puesta la faja de Glénard; era re
la operación que la aconsejamos repetidas veces, y sin e
nefropexia—practicada en San Carlos, por el catedrát
Ribera y Sans, en Junio del mismo año—puso término á
cimientos; en la actualidad se encuentra bien y ha rec
peso que tenía cuando estaba sana.

***

Hará unos ocho años fué á nuestra consulta una se
veinticuatro años, nulípara, nerviosa, muy irritable, con
miento crónico en su aparato genital, muy doloroso, que
po la estaban tratando; y que, visto el fracaso de los dife
tamientos empleados por el ginecólogo que la trataba, es
propuso la extirpación de ambos ovarios. A esta señorita
draba la operación; la aceptó en principio, pero deseaba
que la practicase. Como comprenderéis, ni aceptábam
probación el diagnóstico que nos traía, ni mucho menos
dispuestos á obedecerla ciegamente castrándola. La rec
comprobamos la existencia de una pelviperitonitis subagu
gonocócica, intensamente dolorosa—que es uno de los sí
caracterizan las peritonitis parciales gonocócicas, seg
autores—con irradiaciones á la región cecal; no apreci
anormal ni en el útero ni en sus anejos, y sí una tumor
en el lado derecho á la entrada de la pelvis mayor, y mu
Exploramos luego la región cecal, y nos convencimos de

bía nada de apéndice, y que el tumor duro y movible que nos estorbó en el reconocimiento vagino-abdominal era el riñón derecho. La aconsejamos la fijación del riñón, por creer que su desplazamiento era el que sostenía y agravaba el síntoma dolor—que era el que más la hacía sufrir;—que su afección genital, también dolorosa, no necesitaba sino quietud é irrigaciones vaginales calientes dos veces por día, y, por último, que creíamos prudente esperar unos meses á que mejorase de su proceso pelviano para operarla. Fué dócil á nuestros consejos; pero á los cuarenta ó cincuenta días de estar en tratamiento, y estando por la noche tomando café en el Oriental, fué acometida de tan brusca é intensa neuralgia abdominal, que perdió el conocimiento, se enfrió, y hubiese caído al suelo á no ser socorrida á tiempo; vuelta en sí del accidente, tuvo que ser trasladada á su casa en una silla, por serle imposible hacerlo por su pie. Nos avisó y rogó la operásemos en seguida. Cuatro ó cinco días después practiqué la nefrorrafia. Curó de la operación, de su pelviperitonitis, de sus accesos dolorosos; se casó, está muy sana y tiene varios hijos.

Por la analogía tan grande que tiene con el caso que acabo de exponeros, voy á comunicaros una observación de Schede (de Bonn) muy interesante. Este profesor vió hace algunos años una mujer que, á causa de las acentuadas molestias que experimentaba, y que eran atribuídas á los genitales, sufrió la extirpación de ambos ovarios, uno tras otro, y finalmente la del útero, todo ello sin obtener resultado alguno. Después descubrió la existencia de un riñón flotante y la de un dolor extraordinariamente violento al comprimir la arteria renal, dolor que desaparecía tan pronto como el riñón era repuesto en su lugar. Este fenómeno se reproducía durante varios días cada vez que el ensayo de reducir el riñón se repetía. Posteriormente la nefropexia libró inmediatamente á la enferma de sus molestias, de modo que la paciente se restableció casi como por encanto. La curación obtenida persiste desde hace dos años y medio.

El profesor de Bonn no hace ningún comentario á esta instructiva historia clínica; tampoco lo haremos nosotros.

La coincidencia de las dos enfermedades (riñón flotante y cáncer estomacal, ganglionar ó de la cabeza del páncreas) en la primera enferma, y el colosal error de diagnóstico cometido en la segunda, nos aleccionaron para lo sucesivo, siendo el primer fruto de esta lección el no dejar *nunca* de reconocer la posición de ambos riñones en todos los enfermos del tubo digestivo—en su tractus abdominal—y anejos del mismo.

La tenacidad y empeño con que hemos puesto en práctica esta idea nos han hecho ver las relaciones estrechas de causa á efecto que existen á veces entre la ptosis renal derecha, algunas gastro-

patías (casos 2.°, 3.° y 5.°), trastornos funcionales del int
dolorosos, acompañados de acentuada desnutrición (
nes 6.ª y 7.ª), y perturbaciones reflejas de los centros
más ó menos duraderas y más ó menos importantes (cas

Entiéndase que al hablar de nefroptosis derecha como
enfermedades, sobrentendemos integridad anatómica y
del riñón, porque de ambas disfrutaban las enfermas p
observadas.

También estaréis conformes en que la infinita varied
lización é intensidad del síntoma dolor, que acompaña e
á este proceso patológico, y los diferentes trastornos fun
tubo digestivo á que da origen, encuentran su explicaci
en los nervios que tienen participación en la formación
renal; éstos son: 1.°, el nervio esplácnico procedente d
torácica del simpático; 2.°, la porción lumbar del tronc
del simpático; 3.°, el plexo espermático; 4.°, el plexo aó
nervio vago; 6.°, el esplácnico mayor; y por último, y pri
te, el plexo celíaco. Por medio de este último, los dos
los nervios frénicos, los nervios vagos, especialmente el
el plexo aórtico, contribuyen de nuevo á la formación d
nal. (*Sehrwald.*)

No hago más que esbozar el asunto, esperando comun
observaciones, y oír vuestra opinión acerca de tan difí
plicada materia cual es la que nos ocupa.

UN CASO DE QUISTE DENTARIO DEL MAXILAR I
DIAGNOSTICADO DE SARCOMA

POR EL DR. PALLARÉS

Del Instituto Rubio.

Los quistes de los maxilares constituyen el capítulo
sante de la patología de estos huesos, porque ligada su
trastornos en la evolución dentaria, tienen el carácter
pios y exclusivos de las mandíbulas.

Conocidos desde hace mucho tiempo, es de época rel
reciente la interpretación racional de su etiología y pato
han dado lugar á múltiples discusiones hasta poder afir
gen dentario; pero no son menos curiosos estos quistes
pecto clínico, pues si en la mayor parte de los casos bast
no saber que existen para diagnosticarlos y aplicar el
oportuno, se presentan á veces con tales apariencias de

ligno, que inducen á practicar operaciones disparatadas (resecciones extensas), de las que se citan algunos ejemplos.

Además, teniendo en cuenta su origen, todo lo que se relaciona con los quistes de los maxilares está comprendido en el campo que cultiva el cirujano tanto como en el de la odontología, objeto de la investigación y práctica del dentista, y quizá por esto mismo es un punto que con frecuencia descuidan uno y otro.

Prescindiendo de los quistes *radiculares*, que se presentan complicando una caries dentaria y no alcanzan grandes proporciones, existen otros llamados *foliculares*, que se presentan en la edad del cambio de los dientes y son el resultado de la degeneración quística de un folículo retenido en el maxilar. Estos quistes dentarios foliculares se caracterizan por la edad del sujeto que los padece, por su presentación cerca de los caninos, premolares ó de las muelas llamadas del juicio, que son los que suelen evolucionar anormalmente. Sin alterar el estado general y con falta absoluta de dolores é infartos ganglionares, su desarrollo llega á producir un adelgazamiento del hueso que los recubre, apreciándose entonces una fluctuación que, unida á los otros síntomas, permite afirmar el diagnóstico.

Otras veces, y éstos son los casos dignos de tener en cuenta, sucede que grandes quistes del maxilar inferior, sobre todo, llegan á alcanzar gran tamaño y quedan recubiertos por un plano óseo grueso; originan dolores por compresión de los nervios, y si, unido á esto, algún proceso inflamatorio de la mucosa bucal infarta los ganglios de la región submaxilar, presentan todos los caracteres de un sarcoma, y bien claro se ve las funestas consecuencias que este error puede traer para el enfermo.

La historia que sigue es bien demostrativa de todo lo dicho anteriormente, y por prestarse á estas deducciones, me he decidido á publicar esta nota clínica.

P. M., de doce años, natural de León, y sin antecedentes hereditarios ni patológicos de importancia, padecía una afección del maxilar inferior desde los ocho años. Al principio notó únicamente un engrosamiento cerca del primer molar, que creció con lentitud, sin dolores ni molestias de otro género.

La tumoración, más manifiesta en el lado externo, se extendió al borde alveolar, hasta que adquirió en él el tamaño suficiente para dislocar las piezas dentarias próximas é impedir la masticación. Más tarde se presentaron dolores que se propagaban al oído.

Como tratamiento practicó un dentista la extracción de los dientes inmediatos y cauterizaciones repetidas, sin conseguir resultado alguno.

El enfermo fué enviado al Instituto con el diagnósti
coma del maxilar inferior».

Al reconocerle en el Dispensario de Cirugia general
tumor que formaba cuerpo con el maxilar, del tamaño d
grande, que empujaba la lámina externa del hueso y so
el borde superior, por encima de los dientes; duro y
punto reblandecido, estaba cubierto por mucosa enro
vascularizada que la normal. El enfermo se quejaba de
propagados al oído del mismo lado.

Diagnosticado, también en el Dispensario, de sarco
en la enfermería para operación.

Dispuestas las cosas para practicar una resección
horizontal del maxilar inferior, sólo como medio de as
el diagnóstico se practicó, previa anestesia local, con un
una abertura por dentro de la boca, en el punto más pro
tumor, con lo que evitamos llevar adelante nuestro pro
que se comprobó la existencia de un gran quiste denta
líquido claro y espeso, con un diente completo alojado en

Con la colaboración del Dr. Landete, se resecó sólo l
terna del hueco en que estaba alojado el quiste, y extir
sa, se dió por terminada la operación.

Practicadas las curas convenientes, este enfermo cu
tiempo.

Este caso es uno más de los que ponen de manifiest
confusión entre los quistes y el sarcoma, cuando por cir
especiales se presentan algunos síntomas, como dolores
zación exagerada de la superficie, etc., etc.

La consecuencia más importante que puede dedu
necesidad de comprobar, por punción ó abertura del tu
perforador, en todo enfermo á quien se va á operar de s
maxilar y no se vean absolutamente claros y bien d
caracteres de tumor maligno; y con tener en cuenta la
de que se trate de un quiste, no nos expondremos á pr
resección, por la que el paciente tendrá muy pocos moti
decimiento.

Y para terminar, diré que la radiografía es un med
para llegar á un buen diagnóstico. Los quistes aparec
rentes y limitados por su bolsa propia, y el sarcoma e
mente opaco.

UN CASO DE LIGAMENTOPEXIA ABDOMINAL SEGUIDO DE EMBARAZO Á TÉRMINO Y PARTO NORMAL

POR EL DR. EDUARDO MASIP
Del Instituto Rubio.

Se trata de una joven llamada Antonia Baquero, de veintitrés años, natural de Madrid, casada, domiciliada en Aranjuez y que ingresó en la clínica del Instituto Rubio, sala José Gil, el 16 de Noviembre de 1906, careciendo de antecedentes de familia que puedan relacionarse con su actual dolencia. Menofánica á los diez y seis años, se casó á los veintiuno, habiendo sido normales sus menstruaciones. A los cinco meses de casada empezó la gestación, acusando en este estado dolores contusivos en las piernas y espalda. El parto fué fisiológico, seguido de un puerperio normal. En el mes de Septiembre de 1906 empezó á notar dolores en la región pubiana, con salida de flujo sanguinolento, y al andar notaba sensación de peso y estorbo en la región vulvar. Por la histerometría pudo apreciarse que la medida del útero era de doce centímetros, y al examen ocular aparecía fuera de la vulva una tumoración formada por un cistocele que arrastraba todo el fondo de saco anterior fuera de la vulva. El 26 de Noviembre es analizada la orina de esta enferma, no hallándose en ella vestigios de albúmina ni glucosa; no practicándose el análisis de la sangre por considerarlo innecesario, atendido el estado de salud de la misma. Fué diagnosticada esta enferma de colpo-cistocele con alargamiento de la porción supra-vaginal del cuello y descenso con retroversión. En su vista, se dispuso por mi maestro el Dr. Gutiérrez que se le practicase, previo legrado, la histerofijación por histeropexia abdominal y perineoplastia.

OPERACIÓN

28 Noviembre 1906.—Se procede á la histerometría, la cual nos da ocho centímetros, debido á lo cual no se le practica amputación alta del cuello uterino. Este resultado ha sido obtenido merced á estar sometida la enferma durante los días que median entre el 16, fecha de su ingreso en la clínica, al 28, día en que es intervenida, á las irrigaciones diarias de permanganato potásico y relleno vaginal de gasa aséptica, con permanencia en cama; dato elocuentísimo para tenerlo presente, con el fin de evitar en algunos casos intervenciones más ó menos indicadas.

Una vez anestesiada la enferma, y previo legrado, en posición ginecológica, se procede á practicar la histeropexia abdominal, em-

pleando el procedimiento de mi querido maestro Dr. Gutiérrez, que para mayor claridad dividiremos en cin

Primer tiempo.—Se practica una laparotomía m púbica de unos diez centímetros, estando la enferma en rizontal.

Segundo tiempo.—El operador introduce su mano de cavidad pelviana para proceder á la colocación del úte versión. En este tiempo un ayudante coge con pinzas d bos ligamentos redondos, con su cubierta serosa, por su dia, manteniendo el órgano uterino en posición.

Tercer tiempo.—Con aguja Doyen se atraviesa, á c medio de la abertura laparotómica, en masa, toda la pa nal, incluso el peritoneo. Una vez en la cavidad abdomi viesa asimismo el ligamento redondo izquierdo, la cara útero en forma de zurcido subseroso, el ligamento redon el peritoneo, el tejido músculo-aponeurótico, y se saca l el tejido celular subcutáneo del lado opuesto, también á y medio de la abertura laparotómica. Este punto se deja pinza de Pean, y se procede á un segundo punto igual Florencia como refuerzo. Un tercer punto de plata pa atravesando ambos ligamentos redondos.

Cuarto tiempo.—Fijación de los ligamentos redond músculo-aponeurótico de la pared abdominal. Se sutura punto de plata como en la sutura Jonnesco, teniendo cuid dante de mantener con la pinza de Pean, cogidos entre ambos ligamentos redondos, para que queden incluídos bos labios de la herida laparotómica. Igual se procede co do punto de plata, procurando que adapten bien las cruentas, y que el asa formada por ambos ligamentos re de bien cogida entre los bordes de la herida. Se sutura refuerzo de crin de Florencia, y el resto de la herida qu con sutura Jonnesco.

Quinto tiempo.—Sutura por agrafes de la piel y co vendaje.

Una vez terminada esta parte de la intervención, s en posición ginecológica, á la perineoplastia por el proce desdoblamiento de Doléris.

En la tarde del día 28 la enferma acusa 37 grados c pulsaciones é inspiraciones normales.

El día 29 se le dispuso irrigación intestinal con manz cucharadas de glicerina. Dieta láctea. Temperatura d 37 mañana, y 37,3 tarde. Las inspiraciones y pulso, en mónica con la temperatura.

Día 30.—Se la ordena un purgante con 30 gramos de aceite de ricino. Temperatura, 37,3 mañana, 37,9 tarde.

Día 1.º de Diciembre.—La enferma acusa escozor en la región vulvo-perineal, y en su vista se expone la región afecta á la acción de los rayos solares durante treinta minutos.

Día 2.—Se le reproduce el escozor, sometiéndola nuevamente á la cura helioterápica.

Día 3.—Irrigaciones vaginales con permanganato de potasa; exposición helioterápica.

Día 4.—Exposición helioterápica.

Día 5.—Se le quitan los agrafes de la sutura laparotómica; cambio de vendaje, irrigación con permanganato y exposición solar. Temperatura, 37,3 y 37,2.

Día 6.—Irrigación con permanganato, exposición solar. Temperatura, 37 y 37,4.

Día 8.—Se le quitan los puntos de crin de Florencia de la perineoplastia; la temperatura es normal, y se le ordena ración. Hasta el día 11 se sigue con la aplicación solar y la irrigación, y en este día se le quita el punto de crin de la herida abdominal.

Día 17.—Se le quitan los puntos de plata.

Día 19.—Se sienta en la cama.

Día 20.—Se levanta, y, reconocida, se encuentra la matriz en anteversión.

Día 26.—Alta: sale de la sala curada.

En este caso no hemos colocado en la vagina gasa alguna que haya servido de sostén al útero, como aconseja Fargas, á pesar de lo cual la enferma el día 26 de Diciembre se levanta de la cama y se comprueba que la matriz se halla en anteversión.

Un detalle demostrado en esta enferma ha sido la desaparición completa del escozor con la aplicación helioterápica á la región vulvo-perineal, lo cual ha venido á confirmar lo observado por los doctores Hamesse y Malgat en su Instituto Helio-climatoterápico titulado *La Mantega*.

La fijación abdominal de los ligamentos redondos fué ideada por Carlos Beck (de Nueva York), quien expuso la técnica al Congreso de Moscou en 1897. Este autor procedía del modo siguiente: practicaba una laparotomía media infraumbilical, buscaba uno de los ligamentos redondos haciendo un ojal en la serosa que lo recubre, llevando el ligamento hacia fuera de manera que forme un asa, la cual se mantiene separada por medio de un gancho romo ó con una pinza, reuniéndose los labios del ojal peritoneal por debajo del asa formada. Se lleva el ligamento redondo hacia la abertura abdominal y se tiene cuidado de suturar por debajo del peritoneo parietal

y la capa músculo-aponeurótica de la pared; de modo
formada por el ligamento se halla completamente excl
tre. Resta sólo el fijarlo entre los dos labios de la he
quedando de este modo el ligamento incluído en la pie

Este autor afirma que la inclusión de un solo ligar
ciente para asegurar la permanencia de la reducción
mente se comprende que la fijación de los dos cordones
rantías más serias contra la recidiva. Doléris ha ensa
tamiento de los ligamentos redondos por inclusión par
sólo que en vez de comprenderlos en la herida cutánea
los por su porción media á los pilares fibrosos de los mu
del abdomen.

El procedimiento de Richelot está inspirado en el d
como el de Dartigues es el mismo de Beck modificado.
cree inútil separar á los ligamentos de su vaina serosa
Richelot á practicar una laparotomía media, buscando
mentos redondos á alguna distancia de los cuernos u
siempre en su porción resistente, acodándolos al ángu
la herida parietal para fijarlos allí por dos ó tres hilos
sertándolos en el espesor del plano músculo-aponeuró
cual abarca todo este plano con la aguja; porque si lo
no se fijasen más que al peritoneo, la sutura no tendrí
lor. Richelot ha practicado 26 veces esta operación, y
casos la reducción del útero ha resultado siempre sólid
permitiendo examinar la pelvis menor, romper adhere
rar anejos que no se habían creído enfermos. Cita qu
operadas llegó á quedar embarazada, y su gestación l
no en las mejores condiciones. Señala además que el l
dondo, acodado, llevado hacia la línea media, pero sin
visto de su vaina serosa, no forma una brida bajo la cu
lizarse una asa intestinal.

Después que Richelot, en su *Chirurgie de l'utérus*,
cripción, Spinelli ha reivindicado la prioridad de la «g
pexia mediata», practicada con ayuda de los ligamen
pero el procedimiento del cirujano de Nápoles, que pri
mentos de su serosa, los corta, los reúne en un solo cor
línea media, y de él se sirve como de una sólida amar
del útero y llevarlo muy alto, no tiene realmente con es
más que una relación remota.

En nuestro sentir, opinamos como los autores enum
rente á la eficacia del procedimiento empleado, pareció
rior á los demás para las fijaciones uterinas, por consi
una intervención sencilla, eficaz y racional, no habiend

en este caso ningún trastorno vesical ni intestinal por la fijación del útero á la pared abdominal.

En este caso concreto de nuestra enferma se ha verificado con perfecta normalidad la gestación consecutiva, y ha dado á luz felizmente el día 12 de Diciembre de 1907 un niño que vive, continuando la matriz en el momento presente en anteversión, así como conserva también la región perineal en toda su integridad anatómica y funcional.

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

SORRE LA CONSOLIDACIÓN DE LAS FRACT
DE LA DIÁFISIS DEL FÉMUR

POR EL DR. S. GARCÍA HURTADO
Del Instituto Rubio.

Hace unos cuantos años, habiendo observado que un
cual se le había disminuído la resistencia de la diáfisi
derecho, por una intervención quirúrgica, de pronto, al
pie, el hueso hizo *crac*, partiéndose por el punto interve
miné conocer la arquitectura del aparato de sustentación
bre, no por meras referencias ó estudios ajenos, sino rep
por mi cuenta los trabajos de Wolff y otros autores, cuy
ya publiqué en esta REVISTA.

Una cosa semejante me pasa en la actualidad al c
malísimos resultados que obtenemos en las fracturas d
del fémur; y también he determinado averiguar, sin pr
la observación imparcial de la Naturaleza, qué pasa, po
se obtienen estos malos resultados, y si está en nuestra
poderlos evitar y obtener curaciones muy satisfactorias

Para empezar á formar juicio del asunto creo nece
una aclaración. El sistema óseo se viene estudiando b
de vista de su composición y su estructura. Se dice: el h
de sales calcáreas y de partes blandas en tal y tal prop
periostio, substancia compacta, esponjosa y medula;
una función hematopoyética importante, y sirve para
partes blandas. Todo esto tiene una importancia ext
debe conocerse, es preciso conocer. Mas queda una pa
dada en absoluto, sino mal comprendida, que es la que
fin primordial para el que la Naturaleza ha creado el h
el de la sustentación y el movimiento. Suprimid mentalm
vertebrado el sistema óseo, y le tendréis convertido en
incapaz de moverse más que al modo browniano, como
una oruga.

Como todos los conceptos fundamentales ciertos s
siempre en hechos positivos utilizables, la falta de es
fundamental del sistema óseo se ha traducido en la prác
en conductas y consejos equivocados. Así, por ejemplo,
ción ósea traumática, infecciosa, tóxica, etc., del tobillo

lla ó de la cadera, ha preocupado sólo bajo el punto de vista de la lesión material determinada, apreciable por los síntomas clínicos, y el cirujano se ha esforzado en extirpar, eliminar, vencer, por todos los medios á su alcance, la lesión fundamental que encuentra en el hueso, sin preocuparse para nada, ó muy poco, de que el sistema óseo representa el puntalaje de la construcción orgánica ó, como si dijéramos, sus columnas, botareles y arbotantes, y que si estos materiales tienen una resistencia menor que la correspondiente al peso que han de sustentar, para repararlos y reforzarlos es necesario disminuir la carga que sobre ellos gravita, y mejor, si es posible, eliminarla. Esta es la razón por la cual, enfermos que llevan años de padecimiento, curan en pocas semanas por el simple reposo de la parte dañada.

Si el proceso es tuberculoso, sifilítico ó de otro origen, ¿quién duda que es menester atacarle en primer término con los medios que la práctica aconseja? Pero al lado de estos medios, como si dijéramos específicos del mal, que le combaten en su evolución, que reintegran los tejidos á su normalidad primitiva ó á un estado parecido á esta normalidad, están las condiciones fundamentales mecánicas de toda construcción, sin las cuales es imposible llevar á cabo la reposición del edificio animal. Mientras la gravedad sea una ley de la materia, todos los cuerpos tienen que estar sometidos á esta ley. Y véase cómo una verdad de Pero Grullo, tan fácil de enunciar como de concebir, ha sido, sin embargo, desconocida ó aplicada y conocida por muy pocos.

Sentado este concepto primordial y sencillo del sistema óseo, que es la base fundamental de la biomecánica, ocurre en seguida preguntar: ¿Qué pasa en la diáfisis del fémur cuando ésta se rompe, para que tan malos resultados se obtengan en su reposición, tanto bajo el punto de vista anatómico como en concepto funcional? ¿Por qué la mayoría de los individuos que decimos curados quedan con un acortamiento del miembro considerable, con un callo deforme y con mayor ó menor impotencia funcional? Sigamos el curso natural del proceso de reparación, y empecemos por averiguar cómo, por qué y de qué manera se forma el callo.

Una vez que se produce la rotura ósea, la fuerza traumática que ha determinado la solución de continuidad de un material tan resistente como el hueso ha desgarrado los tejidos próximos á él, magullando, triturando, rompiendo los músculos, las aponeurosis, el tejido conjuntivo, los nervios y los vasos. Forman lo que se llama el foco de fractura, con derrame ó hematoma mayor ó menor, según la importancia de los vasos rotos.

A Krafft y á Ziegler se deben los estudios de patología experi-

mental en los animales. Doce horas después de la fra
trase el periostio del foco fuertemente enrojecido, tran
el primer día, en el cual se produce un engrosamien
Los bordes del periostio, del hueso y del espacio medu
de flocones fibrinosos hemorrágicos. En el tejido in
cuentran exudaciones fibrinosas y leucocitos. Dos
estas exudaciones se extienden por la capa interna
siendo hasta aquí las alteraciones histológicas única
corresponden al proceso inflamatorio ordinario. Esta
matoria dura pocos días, y no tiene acción alguna so
de regeneración ósea en sí. Los leucocitos son product
sación. El verdadero proceso regenerativo empieza e
funda del periostio de las veinte á las treinta hora
traumatismo, no como consecuencia de una inflamac
sino efecto del poder regenerador de esta membran
por la reacción traumática. Al mismo tiempo que el
engrosamiento del periostio, se encuentran en sus cap
formaciones kariokinéticas. Prodúcese el tejido osteoi
no hay todavía depósitos calcáreos. El periostio, débil
sado, pero de una manera homogénea, está atravesa
delgadas y fuertes y células embrionarias. A la produ
sucede la modificación condroide, y á ésta la vascula
mación de trabéculas y depósitos calcáreos, es decir,
ción del hueso.

Este papel importantísimo del periostio en la p
hueso nos hace tener muy en cuenta esta circunstan
olvidarse, para apreciar la regeneración sucesiva en
fracturas, y para explicarnos los resultados funcionale
tes que se obtienen en las fracturas intraarticulares
cuales son debidos á la formación de nuevo tejido óseo
duras y desprendimientos de trozos periósticos en lo
más dificultan el juego articular. Este asunto es de un
tan capital, que á él pienso dedicarle un nuevo trabaj

No es sólo el periostio el que contribuye á la reg
hueso. La medula ósea contribuye á la formación de
llamado callo interno ó medular; pero hay que recono
der osteogénico de la medula es muy limitado y de po
cia. Ollier y Mass, después de varios intentos, no pu
trar este poder regenerador. P. Bruns, experimentar
y terneras, después de muchas trasplantaciones, cons
cilindros de medula trasplantados llegaran á produ
días un trozo de tejido osteoide, la mitad próximamen
del trozo trasplantado.

Las consecuencias de la destrucción de la cavidad medular para Troja y Flourens son la necrosis de parte del hueso. Por el contrario, Ollier cree que esta necrosis es debida á la destrucción del periostio. Para demostrarlo, operaba sobre las tibias de perros, haciendo agujeros de 4 á 5 centímetros de distancia unos de otros, y extrayendo la medula con alambres fuertes. Entonces se observaba que la necrosis sólo se producía cuando eventualmente se destruía el periostio ó cuando una infección séptica invadía el hueso.

La experiencia quirúrgica también demuestra que ciertas formas de osteítis no infecciosas llegan á afectar la medula ósea y destruirla sin que se produzca necrosis. (Fedor, Krause.)

La facilidad para regenerarse la medula ósea una vez que han cesado las circunstancias favorables á su destrucción, es enorme. Ya Cruveilhier había demostrado la facilidad con que se podía rellenar la cavidad medular del hueso. Esta regeneración se verifica, atendiendo no solamente á los elementos normales del tejido como tales elementos, es decir, á la composición macroscópica y microscópica de los mismos, á la disposición semejante de sus partes componentes, sino conservando las cualidades principales de la medula, aparte de la nutrición del hueso, que son la regeneración del mismo, mucho más limitada que la del periostio, y la reabsorción de los elementos sobrantes acumulados durante el proceso de la formación del callo provisional, constituyendo después lo que se ha llamado definitivo.

Sin embargo, esta cualidad de regeneración ósea creo yo debe estar algo pervertida, porque ya el nuevo hueso que se forma después de una destrucción por un proceso cualquiera no conserva la misma arquitectura interna primitiva, sino una estructura más basta, más grosera que la anterior.

En orden de importancia á la regeneración ósea, sigue lo que se ha llamado tela de araña medular, la cual desempeña un papel insignificante en la regeneración. Bonome encuentra como fenómeno importante la falta de reacción á las materias colorantes de los núcleos de las células que se encuentran alrededor del foco. En esta zona necrótica no se muestra tampoco ninguna tendencia á la formación de vasos. Exteriormente, en las capas externas del hueso y debajo del periostio encuéntrase una separación de las láminas que forman la sustancia compacta, y entre las mismas numerosos osteoblastos. En la zona necrótica la sustancia ósea, aislada de la medula, produce osteoblastos y trabéculas osteoides.

Llegado á este punto, conviene averiguar cómo se reproduce el tejido cartilaginoso, porque las fracturas en el claustro materno y

las de los recién nacidos, relativamente frecuentes, c
de las del adulto.

Las heridas de los cartílagos llegan á cicatrizar d
chas semanas, á menudo solamente por tejido conjun
por tejido óseo. Las fracturas de la parte interna de
osificados jóvenes curan por el pericondrio, primero,
callo esponjoso entre los bordes de la fractura, que más
óseo. Irritando el cartílago con sustancias cáusticas, s
metamorfosis regresiva de las células cartilaginosas co
de las fibras y sustancia fundamental (Bidder). Las c
flan, y en la zona de vacuolas se presenta, á las dos ó
de la irritación, una zona proliferativa que sigue á la
atrofia. Después de algún tiempo, nueve á doce sem
duce la cicatriz pericondral en el cartílago hialino.
mentos se han comprobado en los cartílagos de fému
en los costales de los perros.

Las heridas de los cartílagos articulares muestra
menor tendencia á la cicatrización.

Thiersch encuentra en un enfermo de genuvalgum
después de la operación de Ogston, que los cartílagos
no tenían tendencia á cicatrizar. Lo regular es que, des
tiempo, la unión de los cartílagos se verifique por teji

Es de gran importancia terapéutica saber si los ca
taepifisarios se regeneran ó no en las heridas quirúr
destrucciones traumáticas ó inflamatorias. Mass y otr
res creen que no es posible la regeneración de est
Ollier opina lo contrario, y observa que en la resección
de un trozo de la diáfisis del radio en el hombre, que
epífisis inferior, el trozo que se reprodujo era mayor
secado. Nosotros daremos cuenta en esta REVISTA de la
nes que sobre este y otros puntos vamos á emprende
torio del Instituto Rubio, en el cual, merced á las inicia
vo director, se nos facilitarán todos los medios necesa

Comprendido el papel que cada uno de los element
en la producción del callo, veamos lo que pasa en la
mur cuando éste se rompe. Para formar juicio de la
este proceso, conviene que sepamos las diferentes c
este hueso con arreglo á las distintas épocas de crecim

Examinado por medio de radiografías (1), hechas e

(1) Con la palabra radiografía sucede algo parecido á lo que pa
coxalgia. El uso ha sancionado esta palabra, y todo el mundo entiend
decir. Gusto poco de discusiones y análisis bizantinos, que no sirven
mostrar una erudición barata.

edades de la vida, resulta lo siguiente: Tengo á la vista radiografías de fémures, desde un recién nacido hasta un adulto completamente desarrollado.

En el recién nacido se nota el fémur estrechado en el centro, con la extremidad inferior como tres veces la diáfisis de gruesa, y la superior como la mitad. Tanto en la superior como en la inferior, se nota un tejido claro que se deja fácilmente atravesar por los rayos. No se ve en la radiografía silueta de trocánter, cuello, cabeza y cóndilos, sino una á manera de opacidad ligera en las terminaciones superior é inferior del fémur.

A los tres meses se ve en la masa de los cóndilos que ya se limita un punto más oscuro de osificación, y otro punto aparece en la extremidad superior.

A los trece meses se ve ya más oscura la diáfisis, los cóndilos bien limitados, con una línea oblicua transversal que mide la tercera parte de la distancia que hay de la línea yuxtaepifisaria y la superficie libre del cóndilo, y ocupa próximamente el centro. En la parte superior se limita ya la cabeza y se ve un punto central de osificación, siendo la parte correspondiente al cuello y gran trocánter todavía difusa, sin que se perciba ni rastro de trocánter menor.

A los seis años se perciben ya bien limitadas las paredes de la diáfisis y todo el hueso con más sales calcáreas. El punto central de osificación de la cabeza ha ido creciendo hasta ocupar las dos terceras partes de la misma; en el trocánter mayor no se ve más que una masa homogénea sin punto de osificación; al menos, yo no lo veo. En el sitio correspondiente al trocánter menor se ve una ligera mancha. En la extremidad inferior, la zona transversal oscura de los cóndilos mide próximamente la mitad entre el límite yuxtaepifisario y el borde libre de los mismos.

A los siete años se ven puntos oscuros de osificación, dos ó tres correspondientes al gran trocánter; la cabeza está cubierta por una zona clara, ya muy delgada, de cartílago; no se percibe punto alguno de osificación del pequeño trocánter.

A los nueve años el trocánter mayor está formado, y se percibe claramente la línea divisoria de cartílago que la une al hueso; la cabeza toda osificada con la línea yuxtaepifisaria, que la divide en dos mitades iguales en el sentido ántero-posterior, es decir, una mitad interna y otra externa; el trocánter menor se percibe ya claramente.

A los once años el hueso está todo él osificado, con las líneas divisorias bien marcadas de tejido yuxtaepifisario de la cabeza, gran trocánter y cóndilos. El trocánter menor se ve de un modo más claro.

A los quince años se perciben las líneas epifisarias t geramente claras, indicio de células cartilaginosas que s epífisis.

A los diez y ocho años estas líneas ya son negras, b das, denotando la transformación de las células cartila células óseas.

Pasada esta edad, el hueso está completamente desar soldaduras de las epífisis son firmes, y se perciben sólo neas negras correspondientes á la separación primitiva mas, en las radiografías obtenidas en individuos de poca en huesos desprovistos de partes blandas.

Por todo este examen directo que hemos hecho vemos te la consistencia distinta que el hueso tenía en los períod tes de la vida, siendo blando y semicartilaginoso en lo tiempos y ganando en dureza y resistencia á medida qu va desarrollando.

Hemos estudiado radioscópica y radiográficamente varios enfermos de fractura de la diáfisis del fémur, y v sentar uno de los que tenemos en tratamiento en la actua guir paso á paso las modificaciones que el hueso ha ido pr

El enfermo en cuestión tiene ocho años de edad, re constituido, color moreno cetrino, y se presentó en mi 28 de Febrero de 1907.

La historia, escrita por el padre del niño, es la siguie

«El día 3 de Diciembre de 1906, á las seis de la tar el niño Ángel Sechi Andía; iba corriendo por la calle, y e le un niño por la espalda, cayó, dándose con el borde de fracturándose el muslo por la parte superior; subido á s dos niños, sujeto por los hombros, fué avisado su médic el cual á los cuarenta minutos llegó á la casa para hace mera cura; en cuanto lo colocó en posición, encima de u cesaron al niño los dolores, colocándole así todos los ve eran engomados, con tablillas; terminada la cura, se le c ño en una cama, poniendo debajo unas tablas; el niño pa res, pero con gran excitación nerviosa, toda la noche, resto de los días bien, excepto las noches, que las pasab mo la primera; á los ocho días, habiendo conceptuado levantarle la cura, le colocó en el pie una tablilla, de la un saquito de arena de un kilo de peso. A los veinte día médico que el niño se había inclinado hacia el lado izq tando que no tenía el hueso en la misma posición que c tuó la cura, debido también á lo flojos que tenía los ve efecto de la deshinchazón de la pierna; á los veinticinc

levantó al niño, sin vestir, colocado en una butaca, sobre una tabla, con la pierna horizontal; á los treinta y dos días se le hizo observar al médico que el vendaje estaba tan flojo que se podía meter una mano; le quitó éste y le puso unas nuevas engomadas sin tablillas, permitiendo vestir al niño, aunque no moverse de la butaca ó una silla, pudiendo tener ya la pierna en la posición natural al estar sentado.

»Efecto de los movimientos de vestirlo y desnudarlo, volvió á aflojársele el vendaje; avisado nuevamente el médico, le colocó unas vendas sencillas, permitiéndole andar apoyado en un bastón; hubo que ponerle un tacón de goma de un centímetro de altura, pues era lo que le faltaba para estar en su posición natural; el niño empezó á andar sin dolores á los treinta y ocho días; pero habiendo observado que la pierna tomaba mayor curva y se acortaba más, fué avisado nuevamente su médico; y no habiendo acudido éste, se le hizo la primera radiografía; visto el mal estado que tenía la pierna, se le llevó á que lo vieran varios médicos de la familia, los cuales, todos, opinaban era imposible la curación del niño sin operarle.

»Durante toda la enfermedad, hasta que el niño empezó á salir, costó un trabajo inmenso alimentarle, pues sólo consentía tomar pequeñas cantidades de leche y chucherías.

»Visto el parecer de los varios médicos que le reconocieron, se le entregó al doctor Sr. D. Saturnino García Hurtado el día 28 de Febrero de 1907.—*Gabriel Sechi*, oficial 1.° de Telégrafos.»

Examinado entonces el niño, nos encontramos con un enfermito medianamente nutrido y el estado general débil. Venía apoyado en dos muletas, con zapato de alza en la pierna izquierda y la derecha colgando sin sujeción alguna. Echado en decúbito supino, vimos claramente que el muslo derecho estaba doblado en la parte media hacia afuera, la pelvis ligeramente inclinada al lado derecho. Tocando la parte afecta, se percibía muy bien, por la delgadez de las carnes, un punto saliente duro, externo, en el tercio superior del muslo, que correspondía al fragmento inferior, cruzado con el superior en forma de aspa, como indica la figura 1.ª, y un mazacote correspondiente al callo.

MEDIDAS

Pierna derecha...	Del trocánter mayor al borde inferior del cóndilo externo.	22	centímetros.
	Del trocánter mayor al maléolo externo.....	47	»
Pierna izquierda.	Del trocánter mayor al borde inferior del cóndilo externo.	28	»
	Del trocánter mayor al maléolo externo.....	53	»

En resumen: que había un acortamiento en la pier
seis centímetros. Cogido el fragmento inferior por l
superior por el trocánter, se notaba una ligera movilid
Medido con el goniómetro sobre la radiografía,
formaban los fragmentos era de 135°.

FIG. 1.ª

La fractura era sesgada, en forma de pico de flau
fragmento inferior cinco centímetros sobre el punto
con el superior, y éste sobresaliendo un centímetro,
entre los dos formaban una X de ramas muy unidas.
El diagnóstico, pues, presentábase bien claro: frac
superior del fémur derecho, callo blando y posición
fragmentos.
Conviene sentar, en descargo del compañero que le
todas estas fracturas quedan después de tratadas poc
como estaba la presente, y que para ello influyen dife
En primer lugar, la diáfisis del fémur es un cilindro
compacta, de paredes gruesas, que, una vez roto, es
colocar enfrente los fragmentos, ó al menos mantener

porque á ello se opone la dislocación provocada por las contracciones grandes de las poderosas masas musculares del muslo. Es bien conocido que los músculos, para los efectos mecánicos, tienen dos clases de contracciones: una permanente, que aproxima las superficies articulares y las mantiene unidas, fijando la articulación por su tono, y otra contracción visible, de mayor ó menor amplitud, que determina el movimiento. El tono muscular es el que produce la desviación, y los esfuerzos del cirujano deben dirigirse á vencer este tono. Frecuentemente, dislocados los fragmentos, se interpone en ellos fibras musculares desgarradas, tejido conectivo ó fibroso de cicatriz; y en estas condiciones la consolidación es imposible y la formación del callo no puede efectuarse.

De esto se deduce que es necesario precisar con exactitud los puntos de contacto que tienen los fragmentos, para calcular si es ó no preciso intervenir.

Esta práctica es de absoluta necesidad, para evitar intervenciones inútiles ó perjudiciales, porque quedan los enfermos después de intervenidos mucho peor que antes de la intervención, por las razones que vamos á exponer.

Ocurre muy frecuentemente no darse cuenta cabal el cirujano que interviene del papel que cada uno de los elementos óseos desempeña en la regeneración del hueso. Comienza el operador por incindir ampliamente el muslo por su parte externa, llega al hueso y, con más ó menos trabajo, según su destreza, empieza á disecar las extremidades de los fragmentos. Pasa fatigas y torturas, y cuando ya ha creído aislar bien los dos extremos, con mil trabajos si la fractura es alta, los perfora y une con hilo de plata, ó coloca los punzones de acero terminados en una anilla que sujeta un vástago metálico, fijando así los cabos óseos con intención de más tarde retirar los dichos punzones cuando el callo esté formado. Procediendo de esta manera ilusoria, sucede lo siguiente. Bien conocidos son los experimentos de Floureus y Ollier. Estos señores trazan un anillo en la diáfisis de un hueso largo de un perro, le quitan el periostio y fracturan por ese punto; y como la extensión de periostio que hayan quitado sea algo grande, el callo que se produce siempre es fibroso. Si la tira de periostio es muy estrecha, la consolidación se verifica algunas semanas después que en otro perro de prueba. Es decir, que lo que pasa al proceder como ordinariamente suele hacerse, es que por las manipulaciones de aislamiento de los fragmentos y de las masas musculares que les rodean, se suele llevar el periostio, y después la consolidación no se verifica sino con un callo puramente fibroso.

Desgraciadamente, no es esto sólo. Recuerdo de otro enfer-

mo que operé, en el cual, procurando yo hacer el menor d
sible al unir los fragmentos con hilo de plata, me encontr
mente con toda la circulación linfática de la pierna bast
ferida, costándome gran trabajo y tiempo restablecerla,
actualidad le tengo en tratamiento después de año y med
tervención, con un callo bien salido, pero con una circul
vía entorpecida. Esto yo no lo atribuyo sino al gran d
ordinariamente hacemos por reponer los fragmentos, sec
mayoría de los linfáticos y venas que suben de la pierna

Fig. 2.ª

Es, pues, necesario conocer primero si se ha de inter
este caso hacer el menor destrozo posible y conservar, so
periostio en los fragmentos, sin lo cual la consolidación, s
estén en contacto, no se verifica.

Vista la radiografía de este enfermo, comprendí al pu
fragmentos estaban en contacto sin interposición de masa
res ni de otros tejidos, y que lo que había sucedido era si
que, estando el callo aún blando, se había puesto á an
fermo.

Ya escribimos hace años sobre la arquitectura del aparato de sustentación en los vertebrados, cómo se distribuyen y descomponen las fuerzas en el fémur y otros huesos del hombre, y entonces demostramos, siguiendo las experiencias de Wolff, Meyer, Culmann y otros autores, que la diáfisis del fémur es uno de los puntos donde las fuerzas actúan con más intensidad, las fuerzas transmitidas por el peso del cuerpo.

FIG. 3.ª

En vista de estas circunstancias, colocamos al enfermo en la cama la extensión continua. Al mes, el ángulo que formaban los fragmentos se había modificado: de 135° había subido á 140°, como indica la figura 2.ª; empezaba á dibujarse mejor la dirección de la sustancia compacta. Se le colocó un apósito escayolado, que se abría, y se le puso una bota con suela de plomo en la pierna enferma, haciéndole venir á mi Instituto de Mecanoterapia diariamente, donde hacía ejercicios en los aparatos, los cuales ejercicios consistían en desarrollar las masas musculares del muslo y de la pierna, impidiendo la gravitación sobre el hueso enfermo. El tratamiento lo completaba la faradización y masaje de vibración y percusión de la región afecta.

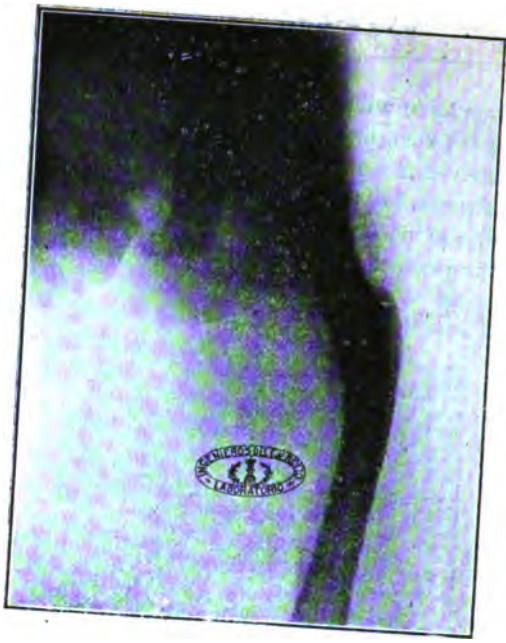


FIG. 4.ª

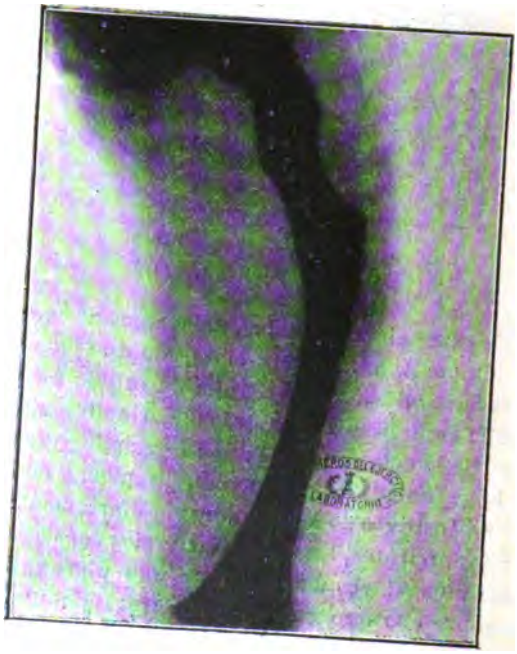


FIG. 5.ª

Pasados tres meses, el ángulo de los fragmentos había subido á 145° (fig. 3.ª); las extremidades salientes de los fragmentos se iban esfumando, la cavidad medular restableciendo, y el hueso todo él tomando una dirección muy aproximada á la normal.

Por fin, á los seis meses, como indican las figuras 4.ª y 5.ª, el hueso tomó una posición un poco más arqueada que la normal, llegando los fragmentos á un ángulo de 160°, que tiene en la actualidad (1).

El niño hace tiempo que ha dejado las muletas, corre y salta con agilidad, y la musculatura de toda la pierna es igual ó un poco mayor que la del lado sano, como puede verse en la figura 6.ª

FIG. 6.ª

Dedúcese del estudio de las adjuntas radiografías que la naturaleza tiene una tendencia francamente curadora ó de reposición, pero no una tendencia ciega, inordenada, casual, no; el periostio, la medula, la tela ósea, los elementos capaces de regenerar el hueso,

(1) En la última radiografía hecha en el Laboratorio de Ingenieros del Ejército al tiempo de corregir estas pruebas, se ve ya el hueso todo en una pieza, sin salientes y con la sustancia compacta correspondiente á la concavidad muy reforzada.

no producen células osteógenas, sustancia esponjosa y c
etcétera, á la buena de Dios, á salga lo que saliere, si
rio, la tendencia es ordenada y ajustada en todo á las
funcionales. Compárese la figura 1.ª con las 2.ª, 3.ª y
cómo los fragmentos tienden á regularizarse, hasta lle
recer las puntas ó extremos que resultan inútiles; cóm
medular se va formando, las paredes se refuerzan en lo
las presiones son mayores, y la forma general del hu
por el traumatismo, tiende á tomar la normal primitiv

El secreto del arte no consiste sino en ayudar á l
siguiendo sus consejos, no oponiéndole obstáculos, vie
de distribuirse las fuerzas en el conductor para procu
aquellas condiciones mecánicas adecuadas para que re
el papel para que ha sido creado.

Mas ocurre en seguida pensar: ¿por qué sucede est
razón de este curso de regeneración que observamos?
dudablemente es que la materia se ordena con arregl
ción que sobre ella ejercerán determinadas leyes, y es
son otras sino la dirección de las fuerzas actuantes.

Es decir, que la ordenación de la materia sigue un
que le marca la dirección de las fuerzas que produ
fisiológicos, ó los nuevos actos, acomodados á nueva
que originan una nueva función, ó actos perturbados,
cos, en los cuales juegan también unas fuerzas desviad
normal, y esto constituye lo que llamamos procesos pa

Los actos vitales todos, químicos, físicos, de inhibi
sos, psíquicos, cualquier otra forma que pueda apareci
último término, sino cambios de posición de la materi
tos extensos ó limitados, vibraciones amplias ó vibraci
mente veloces y pequeñas, y así concebimos todos l
que en la naturaleza se producen, y al menos hoy día
mos interpretar de otra manera.

El seguir paso á paso el proceso de consolidación d
ra nos hace comprender que, agrupándose la materia
mación, es decir, el callo, con arreglo á las necesidad
que el hueso tiene que llenar, cuando esto no se verific
de dos causas fundamentales: ó el medio interno está a
condiciones normales, y los elementos regeneradore
fisiológicamente sus funciones, en cuyo caso el hueso e
forma mal, ó las partes que han de pegarse ó soldar
cuentran en inmediato contacto, en cuyo caso claro es
nuidad del hueso queda interrumpida.

LOS NIÑOS MENTALMENTE ANORMALES ENFERMOS DE LA VOLUNTAD

POR EL DR. ANTONIO MUT

Del Instituto Rubio.

La unidad general de la vida consciente admite ciertas diferencias entre sus estados, debido á la preponderancia que pueden tener unos elementos psicológicos sobre otros. En puridad, no se puede demostrar ningún fenómeno de conciencia que sea absoluta representación, exclusivo sentimiento ó única voluntad. Un pensamiento enteramente puro, aislado de toda mezcla afectiva, no existe; como el conocimiento tampoco se libra nunca de la voluntad; como no hay sentimiento sin conocimiento. Pero lo que sí existe son luchas de los elementos intelectuales unidos á consideraciones de la razón contra otros elementos afectivos fuertemente sobrexcitados, en cuyo caso dominará el sentimiento, ó contra esos mismos elementos escasos y poco intensos, en cuyo caso el pensamiento reflexivo absorbe del todo la conciencia.

Esta relativa independencia de los elementos afectivos enfrente de los demás elementos de la conciencia, ha sido elocuentemente mantenida por Juan Jacobo Rousseau, consiguiendo un éxito universal. Conocimiento y sensibilidad, aun cuando conexos, pueden estar en razón inversa. La observación subjetiva nos enseña que cuanto mayor es la fuerza del uno, menor es la que está á disposición del otro, y viceversa. Los mismos elementos del sentimiento, íntimamente ligados con los de la voluntad, se diferencian claramente, sin embargo, en el curso de la evolución psíquica, sustrayéndose los primeros al influjo de los segundos en los movimientos instintivos, en el terror súbito, en el miedo y en otras impresiones afectivas que impiden obrar á la voluntad. Es decir, que no hay abierta oposición entre las facultades ó potencias del alma, sino sencillamente distinciones psicológicas que se refieren á los elementos de que se componen esos estados, y que por encima de esos elementos exclusivos, y á veces discordantes, existe una fuerza superior que concentra en íntima armonía las tendencias fundamentales del espíritu.

Esa fuerza que mantiene unidos los diversos elementos de la conciencia es la voluntad: esto es, *la actividad de la vida consciente*, cuyo símbolo fisiológico está representado por la función centralizadora y de regularización que posee el cerebro sobre las demás partes del organismo. Sea cualquiera la hipótesis que se admita acerca de las relaciones de alma y cuerpo, siempre se podrá demostrar

una íntima unión entre la vida psíquica y la actividad nerviosa.

Ahora bien: si hacemos abstracción de estas forma pensamiento para fijarnos en el pensamiento propiam lógico, veremos que éste exige un elemento de activid que es la atención. El pensamiento, como cualquier otra quica ú orgánica, supone una resistencia que vencer, y zo que esto implica, aparece claramente el factor voli adquiere toda su importancia cuando la atención es *que* es determinada por una tendencia dirigida por una id se quiere percibir.

La atención espontánea tiene el carácter de un insti ginada por una excitación, mientras que la atención vo de preceder á esta excitación y llega á ser una volun mente consciente, capaz de elegir, de preferir y de c principio fundamental, el punto esencial que domina l patología de la voluntad, es el *impulso* que todo estad cia tiene siempre á traducirse, á expresarse por un mo un acto psicológico ó fisiológico. En el recién nacido la puramente de orden reflejo, transformando las excitac vimiento. Más adelante aparece el *deseo*, que no es forma elemental de la vida afectiva con conciencia, fre acompañada de la tendencia irresistible á su inmediat Después, en cuanto aparece la inteligencia, las ideas movimientos, se transforman en actos; esto es la *vol* sentido corriente de la palabra. La concepción va segu de una deliberación, en un acto más ó menos complej en una suspensión ó inhibición. Mas la actividad volu en rigor, una simple transformación de un estado d bien en un movimiento, bien en una suspensión, sino la *reacción* propia de cada individuo.

Esta reacción individual es la determinante, después paración más ó menos larga de los motivos, de la prefe da, ó sea la *elección*. La elección, resulte originado p varias tendencias, por sensaciones del momento ó rec ideas sencillas ó complejas, está siempre fundada sobr cia ó afinidad psíquica de análoga naturaleza. Entre tados de conciencia el individuo elige, prefiere aquel más analogía con el «yo», siempre en el sentido del m del menor mal. En último término, la elección supone en el sentido psicológico; es decir, aquello que constit propia de cada individuo, lo que le distingue de los rácter, la persona, el «yo», es un producto sumament

está constituído esencialmente más bien por estados afectivos que por los intelectuales. Estas disposiciones originales del sentimiento son las que determinan el tono fundamental del organismo, primero y verdadero motor. De todos modos, las diferencias en el carácter resultarán del predominio, ya de los elementos intelectuales, ya de los afectivos, ó ya de los volitivos, en cuya producción y desarrollo intervienen causas físicas, sociales y hereditarias. Tenemos, pues, que la voluntad es, en esencia, una reacción individual originada por la propiedad que tiene la materia viva de reobrar, resultado de la organización nerviosa entera y sujeta al legado hereditario, á los azares del nacimiento y á las condiciones de adaptación al mundo exterior.

Pues bien: esta facultad del alma, la voluntad, puede enfermar y enferma en muchas ocasiones, y se precisa que el médico conozca estas alteraciones, lo mismo que estudia el raquitismo y el escrofulismo, etc., siquiera para que no se nos diga que nuestra misión «en los establecimientos de enseñanza secundaria se limita á purgar en las indigestiones, hacer amasar los esguinces, curar los sabañones, prevenir las fluxiones de pecho y licenciar la escuela en casos de epidemia de escarlatina ó de parótidas» (*El cuerpo y el alma del niño*, por el Dr. Maurice de Fleury). Nosotros sabemos que la voluntad puede debilitarse ó anularse por falta ó por exceso de impulso, y que muchos niños irresolutos, perezosos, indolentes, deficientes, desaplicados, son enfermos, realmente enfermos, que no se curan ni se mejoran privándoles del postre, de las salidas á paseo ó al recreo, haciéndoles escribir la lección treinta veces, etc., etc. El castigo no es la última palabra en materia pedagógica para tratar las enfermedades de la memoria, del juicio, de la inteligencia y de la sensibilidad.

En los enfermos que padecen decaimiento de la voluntad y de la determinación al acto se manifiestan la duda y la irresolución continuas, de las cuales no saben salir más que por extraño impulso sugestivo. Son caracteres flojos que tienen necesidad para actuar de otra voluntad más fuerte que la suya. Pueden experimentar mentalmente el deseo de hacer, pero son impotentes para realizarlo. La inteligencia es perfecta ó puede serlo; el fin claramente concebido, los medios también, pero el paso al acto es lo debilitado, lo enfermo. ¿De dónde procede esta impotencia de la voluntad? La mayoría de los psicólogos la atribuyen á una debilitación de las incitaciones que reciben los centros motores. El «yo quiero» está relativamente insensible á las emociones; lo atacado es la vida afectiva. La abulia, la apatía de acción es determinada por la falta de energía de las excitaciones internas ó externas, sensaciones ó ideas capaces de

ejercer influjo positivo sobre la voluntad. Fisiológicame
do, se cree que la debilitación ó la extinción de la volunt
da á la parálisis funcional de los centros motores existen
lóbulos frontales, según Ferrier.

El sentimiento del esfuerzo volitivo supone que los c
viosos adaptados son capaces de producir un trabajo con
más ó menos repetido. Todo órgano se desarrolla por e
pero si la naturaleza no ha provisto de este primer elem
individuo, y con él una determinada energía potencial,
duo será incapaz de ese esfuerzo, de ese trabajo interno,
co-fisiológico, que se resuelve en un sentido, produciendo
sión de los estados contrarios.

He ahí por qué muchos niños *perezosos* son, sencillam
mos de la voluntad, incapaces de un esfuerzo sostenido d
aun cuando el tono de su vigor físico sea irreprochable
hacer aquí, y para lo sucesivo, una distinción muy clara
niños *mentalmente* anormales y los que sufren anomalías
cualquier género. De intento nos hemos de referir á los p
los enfermos de la mente, sin que por eso dejemos de señ
cho de que pueden coexistir el funcionamiento lánguido
con una nutrición retardada ó con algún estigma de deg
Pero estos últimos casos son los menos interesantes, porq
más fácilmente diagnosticables.

A ningún maestro, en efecto, se le ocurre pedir esfuer
se encuentra en presencia de un niño delicado de salud,
do, miserable. Los otros niños bien constituídos, los prim
rotadores de la clase, los primeros en divertirse y los últi
ger los libros, activos y juguetones, quizás con buena in
y memoria, sólo pierden su alegría cuando llega la hora
dio, cuando tienen que cumplir un deber; esos niños so
mente los que debemos distinguir con más cuidado, porq
que se llevan mayores reprimendas de los padres y má
desprecios de aquellos pedagogos que no están á la altur
conocimientos psicológicos, relativamente modernos. De e
se afirma corrientemente que «valen mucho, pero que no
son holgazanes, pero si quisieran...»

Lo frecuente es que tales enfermitos, no sometidos á tr
oportuno, se pasen toda la vida *sin querer*, por la razón
tán dotados de una voluntad enfermiza que no puede llega
Conviene hacer notar á este propósito que la volición no
reducir á una simple resolución de que se *hará* tal ó cual
que se debe traducir inmediatamente ó en tiempo útil en
la elección no es más que un momento en el proceso voliti

no se resuelve en hechos, no pasa de ser otra cosa que una operación lógica del espíritu.

El enfermito de la voluntad entra de lleno en el grupo de los niños anormales denominados *atrasados*, porque, efectivamente, no marchan en sus estudios y conocimientos al compás de los demás niños de su edad; pero no son el tipo acabado del *arriéré* de Bourneville, sino una forma muy interesante dentro de la clasificación general de los anormales. El atrasado, el retardado intelectual, el disminuído de Thulie, es aquel estudiante cuyas facultades intelectuales, consideradas en conjunto, están por bajo de las facultades de otro niño normal de la misma edad, y el esfuerzo de la voluntad puede existir y existe con un desarrollo intelectual completamente normal y aun sobresaliente. Muchos superhombres no son tipos equilibrados, psicológicamente hablando, y entre ellos los hay que claudican de esa potencia del alma, de la voluntad, que les deja merced á sus pasiones unas veces, ó á la pereza, la dejadez, otras. ¡Quién no conoce la inercia volitiva de algunos de nuestros más preclaros ingenios!

Así, pues, insisto en que se encuentran niños física-psíquicamente bien constituídos y enfermos de la voluntad únicamente. Si quedan atrasados en sus estudios con relación á los demás compañeros, no es porque la concepción sea lenta, perezosa la memoria, deficiente la reflexión, la palabra torpe, la imaginación apagada; sino lisa y llanamente porque son unos sempiternos indolentes que huyen y temen el trabajo intelectual. Si quisiéramos por un simple juego de palabras hacer el diagnóstico diferencial entre la *arriération* mental y la atonía ó inercia volitiva, diríamos que los enfermos del primer caso no *pueden* aun cuando *quieran*, mientras que los del segundo no *quieren* aun cuando *puedan*. El mentalmente atrasado tiene disminuídas sus facultades intelectuales, es un constantemente retrasado que no obtiene de las lecciones de sus profesores el provecho que los demás alumnos, y como esta impenetrabilidad es permanente, la diferencia entre éstos y aquél va aumentando de día en día hasta llegar á una distancia enorme.

Por su parte, el enfermo de la voluntad comprende perfectamente cuál es su obligación, *desearía* el cumplirla; pero llega el momento de realizarla, y las tendencias motoras son demasiado débiles para traducirse en actos. Hay conciencia del hecho, coordinación suficiente, pero falta ó escasea el impulso. Cuando por cualquier causa el enfermo de la voluntad reobra sobre sí mismo, se domina á sí propio, entonces se ve claramente que su estado mental no padece anormalidad alguna.

Son casos muy notables de debilidades de la voluntad los citados

por Esquirol, Bennet, Th. de Quincey, Billad, etc., en t
les se observa que la enfermedad respeta la inteligenci
dad automática, el sistema muscular, todo: sólo está afe
luntad, que escinde al hombre, anulando la reacción indi
jando libre lo demás. Pues bien: al lado de estos casos
sentar uno, tan típico como los anteriores, y que, por d
tenido ocasión de analizar muy de cerca. Es un niño de
de edad, hijo de padres sanos, sin enfermedades anter
portancia, que no presenta estigma alguno de degene
desarrollado, imaginación viva, regular memoria, conc
y físicamente bien constituído. Tres grandes hechos
otros más en detalle) se han observado en este pequeñ
ha podido delimitarse bien los actos conscientes más ó
berados en vista de un fin, y son: imposibilidad volunt
tirse; imposibilidad voluntaria de llevarse la cuchara á
comer; y últimamente, tristeza y abatimiento profund
que se le ordena que se ponga á estudiar, ó á leer, mejo
niño se pasaría el día entero en la cama jugando y
pero jamás, como no sea excepcionalmente y con delibe
coge la ropa para vestirse. Para conseguirlo es preciso
hortaciones ó imperativos mandatos. Llega la hora
siempre, invariablemente, se necesita insistir autoritari
orden de que es llegado el momento de comer. El niño
á lo primero, y como haciendo un gran esfuerzo interio
cuchara á la boca; pero en cuanto ha verificado este mo
ó cuatro veces, ya no hay que ocuparse de él para nad
to de la comida come bien y con buen apetito. Desde e
que entra en el estudio, pierde su vivacidad natural
gran resistencia á fijar la atención. Mas, lo mismo qu
anteriores, cuando esta resistencia es vencida por u
más enérgica que la suya, sus facultades intelectuales
como las de cualquier otro niño de su edad.

¡Alerta! Señores pedagogos, *pedagógicamente arri*
El niño que acabo de citar no es el único. Existen muc
tan característicos, más atenuados, más esfumados, qu
Estos enfermitos son los que responden al látigo, al te
de que «la letra con sangre entra». Los veis con meji
encarnadas, con apetito soberbio... y, sin embargo, «
les haga coger un libro». Un buen pescozón, un tir
cualquier otra barbaridad por el estilo influye sobre s
vioso, que reacciona sobre la actividad de la vida psiq
lagro se hace: el niño estudia, trabaja. ¡Ah, sí! ¿Pero
que con este sistema tenéis que repetir diariamente el

y que además, y sobre todo, llega un momento en el que ya vuestro tratamiento no da los resultados primeros, porque, como decís muy gráficamente: «Este se ha hecho ya á los golpes»?

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA ESTERILIZACIÓN DEL AIRE

Por el Dr. S. Bernheim
De París.

La importancia de la composición del aire para la vida animal no necesita ya ser demostrada, desde los trabajos de Pasteur, de Straus, de Laveran y de Miguel sobre los microbios de la atmósfera. El hombre normal hace pasar de él por sus pulmones más de 400 litros por hora. Las modificaciones en la composición del aire atmosférico provocan trastornos profundos en el organismo, y á veces la muerte. Estas alteraciones varían mucho, según que se examine el del campo ó el de las grandes ciudades. Mientras que el aire del campo contiene apenas 2 á 300 gérmenes por metro cúbico, el de la atmósfera de la ciudad y de las grandes aglomeraciones puede encerrar hasta 45.000. Todos esos elementos figurados constituyen, á mi juicio, el factor principal patogénico de las afecciones microbianas transmisibles.

Ya esa primera consideración profiláctica nos conduciría á buscar los medios para esterilizar el aire que respiramos. Pero existen aún otros motivos imperiosos. En las salas de los hospitales, en los servicios de cirugía ó de partos, el aire, saturado de microorganismos, es un peligro permanente para los enfermos, los operados y las parturientes. A pesar de las medidas de aseo más minuciosas, los prácticos observan á veces casos de infección de origen exterior. Después de una asepsia perfecta, ideal, hay el derecho de suponer un contagio de origen aéreo.

De todos modos, nos ha parecido interesante intentar la esterilización del aire rico en bacterias, así como del enriquecido artificialmente por una flora microbiana. Para conseguirlo nos hemos servido de uno de los aparatos más sencillos, constuído: 1.°, por un cofre rectangular que contiene una cubeta de metal, buen conductor, sometida á la acción de una fuente de calor (chimenea de gas ó de carbón); la cubeta contiene una materia filtrante (amianto ó limaduras de hierro); 2.°, por un saturador colocado en la parte superior de la cubeta, conteniendo agua simple ó medicamentosa, para impedir la desagradable sequedad de la atmósfera.

Las paredes del cofre y de la cubeta están perforadas abajo por una abertura de cada lado (aspiradores), y arriba, al nivel del satu-

rador, por otras dos, por donde se escapa el aire que ha
el filtro calentado á 180°. Esta temperatura elevada se
con un termómetro adaptado inmediatamente por encim
de amianto. A fin de evitar que el polvo ensucie, hay
filtro una cesta móvil para que caiga allí el polvo esteril

El aparato es de dimensiones diferentes, según la imp
la pieza; para un cuarto pequeño, una lámpara de al
para accionar el aparato y llevarlo á la temperatura nec
esterilizar el aire. Para una pieza más importante, y pa
una esterilización casi completa, se necesita un foco m
durable; se puede también aspirar el aire directamente co
aire fijado al dintel de una ventana. En todo caso la acció
ra del aparato es poderosa, pues media hora después qu
ción ha comenzado, se obtiene ya el máximum de polvo y

Desde hace dos años hemos practicado con este apar
experiencias, de las cuales sólo guardamos las que han si
das con el cuidado necesario. A veces, en efecto, con la
extemporánea de un ayudante inhábil durante la exper
cuarto determinado, se introduce una nueva cantidad de
menos cargado de microbios. Para que la demostración t
hay que examinar de una manera especial el aire de la
de experiencia, y eso en diferentes puntos y á diferente
sin abrir ninguna salida. Por el hecho mismo de los orifi
les, una habitación no es nunca de impermeabilidad
cual hace casi imposible su esterilización completa. Si
dos veces obtuvimos ese resultado ideal. He aquí las ex

Recogimos el polvo del aire y lo sembramos por el p
to de Miquel. En casi todas las experiencias quedó un a
el cuarto para agitar el aire y lanzar el polvo al vacío, l
útil, pues en la agitación natural del aire el polvo es m
suspendido en la atmósfera, operación que es favorecida

En una experiencia partimos de 10.000 bacterias po
bico, y dos horas y media después del principio de la
aire no contenía sino 1.660.

En otra (aire sembrado de gérmenes artificialmente)
95.000 gérmenes, y una hora después sólo había 15.000.

Comenzamos en otra con 47.500, y á la hora y cuarto
2.500 hongos.

En otra (aire sembrado artificialmente) principiamos
y una hora después había sólo 32.500.

Hay una experiencia en que partimos de 45.500 gér
llegar á 0. No se desarrolló colonia alguna en la gelatina
tado es una excepción.

Otras muchas experiencias no las citamos por ser semejantes á las anteriores. En todas hubo disminución notable del número de gérmenes.

Reflexiones.—Nada es más fácil que renovar y comprobar nuestras experiencias. Nuestro aparato es tan simple, que todo el mundo puede construirlo y adaptarlo á una chimenea que funcione bien. La verificación demostrará el depósito de una gran cantidad de polvo sobre el filtro de amianto. Si esa materia sube á una alta temperatura, los gérmenes que la atraviesan serán destruídos. En efecto, el resultado es preciso: disminución gradual y constante de los gérmenes suspendidos en el aire; después de dos horas de combustión llegamos á reducir el número de bacterias de un 85 por 100. Con un foco de combustión más durable podríamos llegar á casi 0.

La importancia de estos resultados será comprendida por todos los higienistas, cirujanos y tocólogos. El aire no es perjudicial sino por los gérmenes que contiene; poder utilizarlo *in loco* con un aparato, siempre es un progreso higiénico importante. Se esteriliza la leche, se hace hervir el agua, se vigila la calidad de las materias alimenticias, etc.; ¿por qué no se hace esterilizar el aire de las habitaciones? Este aéreo-esterilizador encuentra su indicación particular en las salas de hospitales, de escuelas, liceos, cuarteles, etc. Será empleado en las afecciones de las vías respiratorias, en que el aire puro, como alimento pulmonar, juega un papel preponderante. Un tuberculoso superalimentado y en reposo absoluto, pero respirando un aire viciado, continuará progresando en su enfermedad. El mismo enfermo y en las mismas condiciones, pero colocado en medio de aire bacteriológicamente puro, irá á la mejoría y curación. Lo mismo pasa con los pulmoníacos, bronquíticos, etc., etc.

Además de esas indicaciones del aéreo-esterilizador, hay otra importantísima: la esterilización antes y durante la operación de las salas operatorias. Esa garantía de asepsia aumentará las probabilidades del éxito quirúrgico.

EMBARAZO EXTRAUTERINO

Por el Dr. Policarpo Lizcano

Del Instituto Rubio, y jefe de la consulta de Ginecología de la Casa de Socorro de la Inclusa.

El embarazo extrauterino ó ectópico es el desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina normal.

El óvulo, fecundado en general en el tercio externo de la trompa, y á veces en el mismo ovario, puede injertarse por su desarro-

llo en diferentes puntos de la zona genital y constitui
variedades de embarazo ectópico.

Variedades.—La inmensa mayoría de quistes fe
desde el principio en la trompa, constituyendo los lla
razos tubáricos; á veces el óvulo permanece en la v
Graaf, cuya ruptura ha dado acceso á los espermatozo
nándose entonces embarazo ovárico; otras el óvulo
del ovario al peritoneo, titulándose esta variedad en
minal ó peritoneal, que puede ser primitiva ó secunda

Existe también el *embarazo en un cuerno rudimen
ro*, que fácilmente se confunde con la gestación norma

Se describen otras variedades muy raras, tales co
zo vaginal, cuando el óvulo fecundado se injerta en la
vaginal; el *embarazo cervical*, cuando se implanta en
útero: el primero no se admite por no haberse demos
tencia, y el cervical se confunde con la inserción vici
centa.

Tan numerosos son los tubáricos, que algunos au
esta sola variedad, considerando los demás como conse
que raros, existen el ovárico primitivo, el abdomina
primitivo, y embarazo en un cuerno uterino rudiment
más variedades son todas secundarias.

Parry ha recogido 500 casos, en los cuales había 2
dudoso; 214 eran tubarios, 27 ováricos y 29 abdomina

En cuanto á los tubáricos, 149 se implantaban en l
dia de la trompa (ampulares), 34 en la porción inte
intersticiales ó angulares) y 39 en la porción externa
nales).

La estadística de Hennig, de 122 casos de gesta
consigna 77 en medio de la trompa, 10 cerca del útero
mitad de la tuba, 5 en el tercio externo y 5 en el cuar
oviducto.

Schraenck ha formado la siguiente estadística de
lativa de las principales variedades: embarazo tubá
100; abdominal, 8,2 por 100; ovárico, 4,6 por 100; en
rudimentario, 3,6 por 100.

A su vez Martín, en 77 casos señala 1 ovárico, 3 in
y los 73 restantes primitivamente tubáricos.

El catedrático de Barcelona Dr. Fargas halló todos
sus 24 casos operados, menos uno, que asentaba en u
rino rudimentario.

Frecuencia.—El embarazo extrauterino, lejos de
hecho rarísimo, como creían los antiguos cirujanos, e

algo más frecuente y que ha suscitado en estos últimos años gran número de trabajos científicos y discusiones académicas. Los casos de esta grave anomalía de la preñez se han multiplicado de un modo sorprendente, debido por un lado á los progresos de la cirugia abdominal, que ha permitido comprobar de *visu* la verdadera naturaleza de los hematoceles, y por otro á las nociones adquiridas sobre la sintomatología y diagnóstico de la preñez ectópica.

Sin embargo, á juzgar por las estadísticas, su frecuencia es muy variable, pues mientras Auvard señala uno por diez mil embarazos normales aproximadamente, Hugenberger dos casos en 3.801 enfermas ginecológicas y 5 solas observaciones entre 60.000 mujeres de las clínicas de Braum y de Spaeth, en Viena, otros consignan cifras muy elevadas, como Seyffert, 66 en 1.272 casos ginecológicos; Kustner, de Breslau, que en el espacio de cinco años ha operado 107, y Doederlain, que en poco tiempo intervino quirúrgicamente 31; Fargas, á su vez, ha operado 24 en 52 casos observados.

En unas 2.500 enfermas de nuestra consulta de Ginecología hemos observado *seis* casos de embarazo extrauterino, de los cuales tres han sido operados.

El malogrado ginecólogo Dr. Abascal, en su numerosa consulta del Instituto Rubio, no pudo registrar más que cuatro casos, publicados en la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas.

Los Dres. Gutiérrez, Recasens y Masip han dado recientemente cuenta de varios casos muy interesantes.

Si se tiene en cuenta que muchas gestaciones extrauterinas pasan inadvertidas por suspenderse el desarrollo del embrión en una época poco avanzada del embarazo, estimándose como verdaderos abortos uterinos por las propias enfermas, y que no son raros los casos de rotura de la trompa grávida, que por los accidentes mortales que ocasiona son diagnosticados erróneamente, se comprenderá cuán difícil es pretender consignar una cifra exacta de la verdadera frecuencia del embarazo ectópico.

A juicio de Fehling, el 90 á 95 por 100 de los hematoceles tiene su origen en el embarazo extrauterino, y son producidos más á menudo por aborto tubárico que por rotura de la trompa. Esta opinión, generalmente admitida por los autores, está en evidente oposición con lo observado por Spengler en 17 casos de derrame sanguíneo intra-peritoneal, que sólo en uno de ellos pudo considerar como muy probable el diagnóstico de embarazo tubárico, y con la práctica de Weiss, que en 50 casos encontró únicamente seis que pudieran atribuirse á la gestación ectópica.

Se explica esta diversidad de resultados, atendiendo á que muchos hematoceles curan sin operación, quedando el diagnóstico sin la

exacta comprobación, necesaria en todos estos casos p
valor absoluto.

Para conseguir datos precisos sobre este asunto
auxilio de los médicos generales y tocólogos, quienes,
son los llamados á prestar asistencia en estos casos, p
cialistas sólo llegan las necesitadas de graves operaci
por voluminosos hematoceles ó por quistes abdominale

Si bien se ha desconocido hasta hace poco la frecu
barazo extrauterino, considerándolo como afección ra
al presente, á juzgar por las publicaciones científica
extranjeras, debe de ser una lesión muy común, pues
cirujanos cuentan por docenas sus casos personales.

Los progresos de la Ginecología, haciendo poco m
cuas las intervenciones abdominales y el estudio más
las observaciones clínicas, permiten hoy estimar el
trauterino como un hecho relativamente frecuente.

Se admiten generalmente las siguientes variedad
razo tubárico: ístmico, ampular, intersticial y tubo-ov
abdominal. El sitio más frecuente es la mitad externa
Afecta igual número de veces, próximamente, á la tub
á la izquierda. Puede ser bilateral (seis casos de Cestá
servado gestaciones tubarias gemelares, y coincidir la
baria con la uterina normal, como se conocen casos
una primera operación por embarazo tubárico y habe
recidiva en la otra tuba.

Recidiva del embarazo tubárico.—Hoy está fuera de
gestaciones tubarias repetidas son suficientemente nu
tenerlas en cuenta en el pronóstico ulterior de esta afe
fesor Varnier presentó una comunicación á la Sociedad
cia de París, en que hizo el juicio crítico de 69 casos d
gestación ectópica, y desde entonces (1900) se han re
vas observaciones, 20 por Haret y 19 por Sauvé, en su

La relativa frecuencia de estos hechos se demuest
servado por Lejars en 63 casos operados de embarazo tu
que tuvo lugar la recidiva 4 á 5 por 100; en la estadíst
lozza en 177 casos, 17 tuvieron gestaciones consecutiv
éstas extrauterinas.

Las alteraciones inflamatorias de las trompas, afect
un modo constante ambos lados, explica el desarrollo
en la trompa que queda después de la primera interv
prevenir el peligro de una segunda gestación extraute
seja la castración bilateral; otros, más contemporizado
radicales, opinan que si la trompa parece sana y la

pasado de los treinta y cinco años, debe respetarla el bisturí, pues su ablación condena á la enferma, todavía joven, á una esterilidad absoluta.

En efecto, la conservación de la trompa sana en el curso de la aparotomía por gestación ectópica tiene por principal mira ulterior la posibilidad de una concepción intrauterina fisiológica. Schul, en 1883, encontró, después de una primera gestación tubaria, 12 embarazos normales. Varnier llegó en 1900 á una proporción mucho más baja: halló 63 casos de recidiva de embarazo ectópico y sólo seis preñeces normales; en cambio, Funck-Brentano reunió 127 casos de gestación normal sucediendo á una primera gestación extrauterina, lo que da una gestación extrauterina por dos intrauterinas ó normales. Pestalozza deduce de su estadística de 177 operadas de embarazo tubario: para la mujer operada, la repetición de la gestación ectópica es á la preñez normal como 1 es á 4.

De todos modos, son muchas las operadas que no recobran la integridad fisiológica de su aparato genital, y que, bien por lesiones mínimas, *inapreciables*, ó por otras circunstancias que ignoramos, quedan condenadas á una esterilidad absoluta.

Por lo mismo que se considera poco frecuente la gestación normal después de un embarazo extrauterino, merece consignarse que nuestra operada está en el curso del cuarto mes de gestación fisiológica, habiendo transcurrido un plazo de tres meses entre la extirpación de la trompa grávida y el comienzo del embarazo normal.

La proporción de gestaciones tubarias comparadas con las otras ectópicas es de 83,5 por 100, según la estadística de V. Schrenk.

Causas.—Siendo la variedad tubaria la más frecuente de las gestaciones ectópicas, á ella consagraremos especialmente este trabajo de tan gran interés científico y de no menor importancia práctica.

De las causas que motivan la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina, no sabemos gran cosa; pero aunque la etiología de este proceso morboso es muy oscura, no se deben omitir las enseñanzas que la ciencia ha conquistado sobre tan interesante punto.

La edad influye poco en la etiología; se señala la época del período medio de la vida genital, treinta á cuarenta años, como la más propicia, sin que sea exclusiva de esta edad, pues se observa también en mujeres jóvenes y de edad avanzada. Todos los autores indican que rara vez se observa antes de los veinte años.

Antiguamente se daba gran importancia á las emociones morales, un gran terror en el momento del coito, trabajos penosos, etc., como causas del embarazo ectópico; pero semejantes ideas están hoy abandonadas por todos los autores.

Las modificaciones congénitas adquiridas en la d
tómica de la trompa pueden impedir la emigración n
lo fecundado.

Unas causas obran mecánicamente, otras alterand
anatómico-funcional del órgano. Entre las mecánicas
bellón de la trompa dislocado por adherencias perito
pide se aplique sobre el ovario en el momento de la p
disminución del calibre de la tuba por bridas inflam
xionan su eje, por tumores que la comprimen, modific
dirección y obliterándola á veces; pólipos ó fibromas
orificio uterino del oviducto.

Así como á las causas mecánicas indicadas se les
importancia en la producción del embarazo extraute
ver la opinión unánime de los autores en cuanto al g
lógico de todos los procesos inflamatorios, muy especi
afectan á la misma tuba. La blenorragia interviene
ceras partes de casos, según Schauta y Dursen, alte
de las trompas, con desprendimiento de sus ciliolos
infección puerperal atenuada es otro de los grandes
gicos, y, á juicio del Dr. Vignard, tiene mucha más i
togénica que la gonococia.

Basándose en la frecuencia de partos anteriores ó
querido ver en esto los agentes provocadores de alte
gicas del aparato genital, á favor de las cuales se
tarde la gestación ectópica. En efecto, las dos tercera
enfermas de Jacobs han presentado antes de su emba
rino una alteración inflamatoria del útero ó de los an
gitis catarral, según L. Tait, Martín, etc., detiene
emigración normal hacia el útero.

Las flexiones congénitas del oviducto, conservan
dades infantiles, con su orificio uterino casi impermea
invocan como causa del embarazo ectópico. Es evid
mala conformación genital, congénita ó adquirida, e
barazo tubárico, y que la bilateralidad de lesiones p
las prefleces ectópicas recidivantes.

En general, todos los procesos inflamatorios geni
mo las metritis, perimetritis, tuboovaritis, adherenci
etcétera, crean condiciones favorables á la producció
zo ectópico; y por eso se encuentran con frecuencia
antecedentes patológicos en la anamnesia genital de
Por este mismo estado morboso que precede al emba
rino se explica el largo período de esterilidad que m
para á éste del último parto.

Patogenia.—La teoría de Lawsson-Tait supone que el huevo se implanta en el mismo sitio en que ha sido fecundado; según dicho autor, las pestañas vibrátiles de la trompa se oponen á que penetren en ella los espermatozoos, y, por el contrario, tienen la misión de conducir el huevo á la cavidad uterina, en donde, después de impregnado, anidaría. Atribuye el embarazo ectópico á la salpingitis catarral, que, alterando el epitelio tubario, permitiría la entrada en la misma á los espermatozoos, la fecundación del huevo en cualquier punto del oviducto, y su anormal implantación y desarrollo en dicho sitio.

Todos los autores admiten la influencia etiológica de las alteraciones de la trompa en el embarazo ectópico; la disminución de los repliegues salpingianos, la descamación de su epitelio, las adherencias de las franjas, estrechando ú ocluyendo la luz de la trompa, son obstáculos que se oponen á la progresión del huevo fecundado. Kelly no acepta la interpretación de Lawsson-Tait, y cree que las alteraciones de la tuba favorecen mecánicamente la anidación del huevo, pero que la impregnación tiene lugar fisiológicamente en el oviducto. En efecto: según Hoffmeier, los movimientos ciliares del útero se dirigen abajo, como los de la trompa, ascendiendo los espermatozoides por el conducto genital, contra la corriente ó movimiento de las pestañas vibrátiles, llegando hasta la trompa, en donde conservan su vitalidad por largo tiempo, como lo prueba la observación de Dursen, que encontró en una trompa normal espermatozoides vivos tres semanas y media después de la última cópula.

Se admite que los obstáculos mecánicos á la progresión del huevo á través de la trompa constituyen una de las causas principales del embarazo ectópico: así se interpreta el modo de obrar de las salpingitis catarrales; de las parametritis por compresión, desviación ó torsión del conducto; los divertículos del mismo, los miomas y las trompas rudimentarias.

Los casos de embarazo tubario con integridad del epitelio salpingiano (Bland-Sutton) y los experimentos de Mandl, Schmidt y Kustner, quienes no lograron producir un solo caso de embarazo ectópico, á pesar de repetidas ligaduras en la trompa de varias conejas, prueban que el obstáculo mecánico al paso del huevo no basta por sí solo para originar la preñez extrauterina.

Webster cree que por un fenómeno de atavismo pueden existir trompas con aptitud para recibir el huevo fecundado; recuerda que en los animales inferiores el tramo genital es todo él apto para la anidación del huevo, y que sólo en los animales superiores existe la diferenciación entre útero y trompa: ésta destinada á conducir el huevo, y aquél á recibirlo.

Este atavismo genitivo consistiría, según Webster, dad de que la mucosa de la trompa pueda reaccionar á una caduca, como se observa en los animales infe que, por no existir diferenciación entre útero y ovid tramo genital es apto para la anidación del huevo. Insi ter en estas investigaciones, y á propósito de un caso de e rico, manifiesta que el huevo fecundado no puede desar tejidos derivados del canal de Muller. Se ha señalado de restos del órgano de Muller en los ligamentos anch ritoneo que cubre el útero grávido, en el fondo Dougl des musculares del útero; estas masas deciduales que estas zonas *aberrantes* permite explicar el desarrollo estos sitios extrauterinos.

En 70 casos analizados por Schmorl (1905) dedujo las deciduales se producen en el curso de la gestación, en el órgano que contiene el huevo, sino al nivel de no grávidos de la mujer embarazada: caduca uterina, embarazo extrauterino; células deciduales en lo trom ción uterina. Es tan constante esta *gestación decidual* neo de los genitales (zonas periuterinas), que la consid fenómeno fisiológico.

Según Strasmann, hasta que se efectúa la segment el óvulo por la trompa para fijarse en el útero; toda oviducto ó sus inmediaciones que sea capaz de detene su marcha puede originar una preñez ectópica. Admit la gonorrea y, especialmente, la subinvolución de la originando la atonía de sus paredes, se opone á la p óvulo; si la longitud de la tuba es excesiva, puede aco huevo se desarrolle tanto antes de haber recorrido tod que alcance dimensiones superiores al calibre del ovid engastado en él.

La degeneración hereditaria ó adquirida se ha Larger en la patogenia del embarazo ectópico. En 27 dos ellos ha encontrado antecedentes de degeneración el embarazo extrauterino siempre es hereditario, ac más común la herencia por tranformacíón, y como e homóloga. La herencia por transformación se verifica las otras anomalías, pero de preferencia con el aborto dad. La concomitancia frecuente en el mismo embara lidad y de la ectopia fetal ha llamado la atención desd La gemelidad, tratándose de una multípara, se encuer barazos anteriores y posteriores á la gestación ectópic la gemelidad es una anomalía dominante del embara

no, pero no la única ni la más frecuente. El aborto lo es más con relación á dicho embarazo ectópico. En efecto, en 127 casos no hay una sola observación de multípara en que no se noten uno ó muchos abortos ó el parto prematuro, y, como es sabido, el aborto es por excelencia una tara degenerativa. En resumen, el embarazo ectópico no es más que un estigma de degeneración, del mismo modo que el labio leporino, el pie bot, etc., y es, en consecuencia, hereditario. Aunque la herencia homóloga no haya sido todavía claramente probada, está bien establecida la herencia por transformación. Se transforma con la gemelidad y el aborto, con los que se confunde y fusiona á veces.

En general, se considera necesario el concurso de otras circunstancias más ó menos fortuitas, aparte del obstáculo mecánico á la marcha del huevo hacia el útero, puesto que si éste bastara, serían mucho más frecuentes los embarazos ectópicos. Se admite que aunque exista el obstáculo mecánico, si no hay aptitud en la tuba, la gestación extrauterina no se desarrolla, explicando esto la repetición que tantas veces se ha observado de embarazo extrauterino en una misma mujer. Los cien casos de gestaciones ectópicas recidivantes (Varnier, Sens) y los 35 reunidos por Hanet en su tesis (1901) parecen confirmar la importancia etiológica de ciertas predisposiciones anatómicas del aparato genital.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El huevo se desarrolla según las mismas leyes que en el embarazo uterino: feto, placenta y membranas, es decir, el corion y el amnios, evolucionan como en el estado fisiológico. El huevo tiene siempre sus dos cubiertas de origen fetal, corion y amnios: la cubierta de origen materno que sustituye á la caduca, ó mejor dicho, al útero, que se llama pared del quiste fetal, no es la misma siempre, y varía según el sitio de implantación. El *huevo* se envuelve en los elementos próximos (Pinard).

La *trompa* experimenta grandes modificaciones cuando el huevo anida en la misma; aumenta considerablemente la vascularización de sus paredes; á la vez existe cierta infiltración é hipertrofia, haciéndose quística. La mucosa se vasculariza, cubriéndose de vellosidades que se entrecruzan con las del corion; la túnica muscular de la tuba se hipertrofia sólo hasta el tercer mes (Hennig), pero más adelante se adelgaza y rasga.

Las relaciones íntimas del huevo con la pared tubaria y la constitución del huevo mismo al nivel de su polo adherente y de su polo libre han sido estudiadas muy detenidamente por Convelaire (1901).

El huevo no se adhiere á toda la superficie de la tro
tiendo la luz de ésta por cierto tiempo, á veces en perío
dos; en cuanto al polo adherente ó base de implantació
puede tener lugar entre los repliegues de la trompa ó
estos mismos repliegues, previa destrucción del epitelio
tarse en dicho punto.

FIG. 1.ª—Gestación tubaria.

La *caduca refleja* se forma en las primeras semana
do el huevo, constituído por amnios y corion velloso; és
tra recubierto por una caduca de nueva formación, q
que el huevo crece, va adelgazándose hacia el polo lib
difícil su demostración.

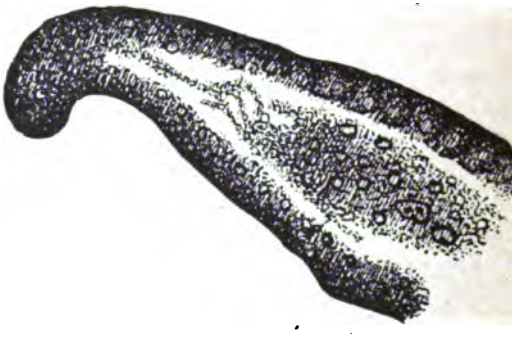


FIG. 2.ª—Vellosidad placentaria ectópica.

En el sitio de implantación del huevo se observa u
ción mucosa decidual; la mucosa se transforma en teji
se perciben las vellosidades rodeadas de células sin
Langhans ponerse en contacto con la pared de la tro
atacan y modifican.

Estas células sinciciales que forman la cubierta superficial de las vellosidades coriales del huevo destruyen el epitelio, vasos y fibras musculares de la trompa, estableciendo así la comunicación de la circulación fetal y materna, pero originando al mismo tiempo un desgaste de la pared tubaria en el sitio de implantación del huevo, que termina por la rotura.

Las vellosidades coriales del huevo se atrofian hacia la sexta semana, persistiendo sólo las de la zona de implantación, que formarán la placenta.

La *caduca directa* intertubo-placentaria adquiere un desarrollo vascular considerable, formando senos en cuyo interior penetran las vellosidades placentarias, disgregando sus paredes. Por escasa y deficiente en estos casos la circulación tubaria, á pesar de su gran desarrollo, algunas vellosidades placentarias se atrofian por falta de riego, y al retraerse abren los senos en que habían penetrado, originando hemorragias ovulares.

Se observa que los tejidos que se ponen en contacto del corion recubierto de vellosidades se hacen muy vasculares, tomando aspecto tomentoso, y presenta verdaderas vellosidades que se entrecruzan y confunden con las vellosidades coriales, y más tarde con las placentarias.

En resumen, los vasos de la trompa están muy dilatados, sus paredes han adelgazado y son más friables por la desaparición del tejido conjuntivo y por la penetración de las vellosidades coriales. Tales son las lesiones tubarias observadas al mes y medio ó dos meses del embarazo ectópico.

Un fenómeno muy característico del embarazo tubario es la obturación del pabellón, que tiene lugar de la sexta á la octava semana; las franjas se incurvan hacia adentro poniendo en contacto su cara peritoneal, y se adhieren, constituyendo el quiste salpingiano (fetal). Bland-Sutton asegura que la obliteración de la trompa no se realiza nunca antes de la quinta semana.

Utero.—El útero se hipertrofia en los dos ó tres primeros meses, conservando este aumento de volumen durante la gestación ectópica, alcanzando 12 á 13 centímetros su cavidad. (Pinard.) El cuello se reblandece mucho menos que en el embarazo normal. La mucosa uterina se transforma en *caduca,* la que se elimina en *bloc* ó por fragmentos. Estas modificaciones están más acentuadas cuanto más cerca del útero se desarrolla el huevo.

Los genitales externos, así como las mamas, ofrecen modificaciones análogas á las que presentan en la gestación normal.

ACCIDENTES DEL EMBARAZO TUBARIO

Aborto tubárico. — Accidente muy frecuente y des
siempre por su escasa gravedad, siendo un recurso na
ganismo para obtener la terminación y curación espon

Para que pueda verificarse la expulsión del huev
que el pabellón de la trompa no esté todavía obliterado
de tener lugar antes de la quinta semana, ó de la sexta
Además, es preciso que las adherencias del corion ovu
cosa salpingiana no sean demasiado firmes, para qu
prenderse con motivo de las mismas hemorragias inter
gestión del aparato genital, esfuerzos, etc.

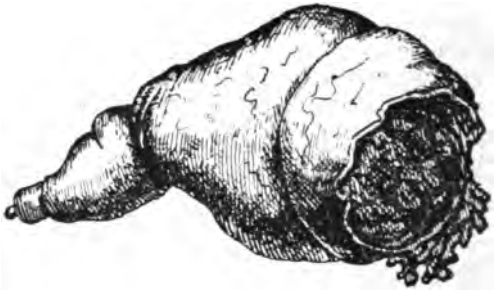


FIG. 3.ª—Aborto tubárico.

El aborto completo consiste en que el huevo en mas
dido y expulsado á la cavidad peritoneal, en donde pu
ser reabsorbido, ó adquirir nuevas adherencias y conti
arrollo. Lo primero es muy frecuente, y pasa desaperci
veces por faltar síntomas importantes.

El aborto incompleto es aquel en que quedan las me
heridas ó retenidas por el pabellón. En este caso conti
morragias repetidas, aunque no muy copiosas, pero
originar un hematocele abundante y grave. Estos acci
tención ovular se parecen á los abortos uterinos con
pueden persistir indefinidamente.

Para que se forme una idea de la frecuencia del abo
consignaremos los datos siguientes: 124 casos interru
del cuarto mes: había 61 por aborto y otros 61 por r
mann.) De 80 casos de Felhing, 71 eran abortos y 9 ro
último, Schrenck, en 330 embarazos extrauterinos, enco
rrumpidos por aborto y 270 por rotura.

Mola tubaria. — También es un accidente nada raro del embarazo extrauterino, pero que no se diagnostica por los pocos síntomas á que da lugar. Es debido á hemorragias intersticiales que impregnan las membranas del huevo, invaden y comprimen la cavidad del amnios, ocasionando la muerte del embrión; el huevo queda convertido en cuerpo extraño retenido en la tuba. Suele ocurrir este accidente en las primeras semanas de la gestación, cuando el huevo sólo se nutre con las vellosidades, el pabellón está ya obliterado y convertido el oviducto en quiste (hematosalpinx).

Muerto el embrión, el huevo resta como mola tubaria, que puede reabsorberse en conjunto con *restitutio ad integrum* y curación espontánea, pero que á menudo siguen las hemorragias, originando el hematosalpinx, en el que sólo el microscopio descubre restos de células deciduales que revelan su verdadera naturaleza, ó un pequeño pólipo placentario.

Otras veces no se reabsorbe el hematosalpinx, y persiste durante muchos años sin dar lugar á síntomas característicos.

El aspecto que ofrece en los tres primeros meses el quiste embrionario (hematosalpinx) es el de una cavidad con coágulos estratificados más ó menos recientes, como en los sacos aneurismáticos, y en los que es difícil encontrar huellas del embrión. Las vellosidades del corion en la pared tubaria, como ya indicamos, serán sólo lo que atestigüe la naturaleza del quiste tubario. (Pilliet.)

Rotura. — La rotura de la trompa grávida es el accidente más grave de la gestación ectópica, por la hemorragia que ocasiona, y que puede ser mortal. Tiene lugar con más frecuencia en el curso del tercer mes, rara después del cuarto y excepcional después del quinto.

En 114 casos de rotura, 13 se realizaron en el primer mes, 67 en el segundo, 18 en el tercero y 12 en el cuarto, correspondiendo la mayor frecuencia entre la octava y décima semana.

En otros 45 casos de rotura examinados en este sentido por Von Hecker, 26 tuvieron lugar en los dos primeros meses, 11 en el tercero, 7 en el cuarto y 1 en el quinto. Y en 8 casos de autopsias médico-legales, Hofmann ha notado 7 veces la rotura en el segundo mes y 1 en el tercero. (Pozzi.)

De los 4 casos del Dr. Abascal, 3 sufrieron la rotura en el segundo mes, 2 en el espesor del ligamento ancho.

Un caso del Dr. Gutiérrez y otro del Dr. Sánchez Rodríguez ofrecieron la rotura en el tercer mes; el nuestro la presentó en la cuarta semana, y repitió la hemorragia en la sexta.

La causa primordial de la rotura reside en la alteración de la pared tubaria, en el sitio de la placenta, que se rasga á la menor tensión y se rompe en una extensión de 1 á 3 centímetros. (Cestán.)

Una distensión rápida de la trompa por crecimie
ó por hemorragia del mismo, dado el desgaste de la
oviducto por la acción corroedora del huevo. Aun
brión, se ha demostrado que las células sinciciales y
pueden continuar su obra destructora y producir la ro

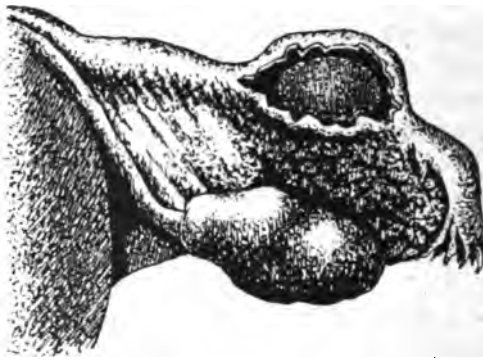


FIG. 4.ª—Gestación tubaria: rotura.

La rotura casi siempre ocurre á nivel de la inserci
en forma de pequeñas grietas, que se obturan con co

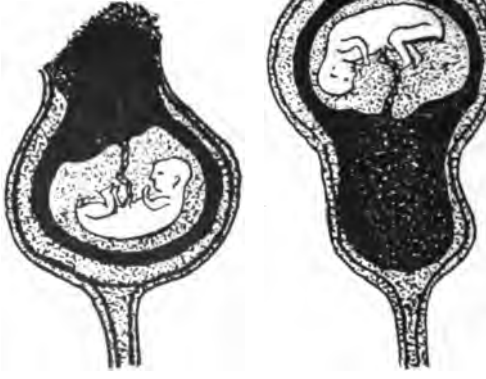


FIG. 5.ª—Rotura intra y extraperitoneal.

lo origina una rasgadura que se realiza con lentitud;
siona con gran rapidez y gravedad, observándose est
do el huevo está implantado muy próximo al útero.

Las consecuencias de la rotura varían, según sea
peritoneal, lenta ó rápida, precoz ó tardía y más ó m

En la intraperitoneal existen formas tan sumamente graves, que matan en doce ó veinticuatro horas por hemorragia (hematocele cataclísmico de Barnes). En estos casos sale el huevo entero y muere entre los coágulos sanguíneos, ó sigue su desarrollo. Otras veces se desprende sólo el embrión, y quedan las membranas, persistiendo la hemorragia.

Cuando la rotura se realiza con lentitud, pueden faltar síntomas característicos, seguir el huevo su desarrollo en el peritoneo y llegar á término, si algún nuevo incidente no lo impide. Los cotiledones placentarios se injertan entonces en cualquier punto de la serosa peritoneal, subviniendo á las necesidades del embrión.

Fig. 6.ª—Gestación tubaria: rotura.

Sin embargo, aunque lenta la rotura, produce casi siempre la destrucción del huevo y la muerte rápida de la madre, con relativa frecuencia.

Si la rotura se realiza entre las hojas del mesosalpinx, en el tejido celular del ligamento ancho, se reabsorbe lentamente, no revistiendo la gravedad de la intraperitoneal, porque la sangre se coagula y es comprimida entre las hojas de dicho ligamento, excelente modo de producir la hemostasia. Puede llegar el embarazo á término. Martin, en una serie de 77 casos, cita 7 intraligamentarios.

Son distintas también las consecuencias, según sea precoz ó tardía la rotura; por lo general, son más graves los accidentes cuanto más avanzado esté el embarazo. Si la rotura no se verifica por la zona placentaria, puede no ser muy seria y tolerarlo la enferma; pero si se realiza en plena placenta y la gestación pasa del cuarto mes, sobreviene rápidamente la muerte.

(Continuará.)

REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

Cirugía del aparato digestivo.

Tumores inflamatorios peri-intestinales, por Poth
(*Soc. de Chir.*, 11 Diciembre 1907.)

Volviendo sobre este asunto, tratado anteriormente
da cuenta de tres hechos nuevos de tumores debidos á
ción simulando cáncer ó tuberculosis.

En un hombre de setenta y cinco años un nódulo i
desenvuelto alrededor de una inyección hipodérmica
Séquard) simulaba un cáncer de la S ilíaca.

Una mujer de cuarenta y un años, que tosía desde ha
presentaba un tumor del colon ascendente que hizo pens
culosis, tratándose de un epiplon inflamado crónicamen
á todo el intestino.

El tercer caso fué una joven tratada por salpingitis,
accidentes de oclusión intestinal le obligaron á hacer un
natura; mejorada, se halló por exploración un tumor
abdomen simulando un cáncer del asa omega; la laparo
mitió descubrir una masa inflamatoria alrededor de la a
pingo-ovaritis, que pudo ser extirpada, curando y cerrá
artificial.

Routier admite que estos tumores existen, pero que s
raros; afirma se pueden reconocer los que forman masa
do el cáncer abollado y de contornos menos claros.

Hernia obturatriz tratada por laparotomía, por Dujon,
(*Annales méd.-chir. du Centre.*)

El canal subpubiano, conducto ósteo-fibroso de dos
y medio de longitud media, está situado por encima del
turador; su pared superior la forma la rama horizontal
inferior, el borde superior del músculo obturador intern
superior de la membrana obturatriz, que no deja libre m
punto; más superficialmente se encuentra el borde sup
banda subpubiana y el espesado del músculo obturador

Por el orificio profundo, recubierto de peritoneo más
presible, es por donde se produce la hernia. El orificio
no es subcutáneo, sino submuscular; no se le descubre n

pués de haber atravesado la piel, el tejido conjuntivo y el músculo pectíneo bajo la aponeurosis del muslo.

La hernia obturatriz es menos fácil de reconocer que las hernias inguinal y crural; con frecuencia es intersticial, intra-muscular (obturador externo), retro-pectínea, y solamente á veces se hace ante-pectínea y subcutánea contorneando el músculo pectíneo. El lipoma herniario, colocado, como en la generalidad de los casos, en la cara externa del saco, está siempre muy desenvuelto; esta grasa y los vasos y nervios obturadores son en estado normal lo único que contiene el canal subpubiano. El saco es simple ó doble, con frecuencia muy delgado y aun á veces falta.

La estrangulación de estas hernias da lugar á una tumefacción dolorosa en la parte interna del triángulo de Scarpa, irradiándose el dolor á la cara interna del muslo y algunas veces hasta el pie (Romberg). Si el saco herniario es submuscular la tumefacción debe ser buscada con cuidado.

Dujon ha tenido ocasión de ver una mujer de cincuenta y cuatro años con signos bruscos de oclusión intestinal, detención completa de materias y gases, vómitos fecaloideos y tumor oblongo situado por encima de la arcada crural derecha, hundiéndose en la pelvis, que había hecho pensar en cáncer intestinal.

La laparotomía media sub-umbilical permitió ver, separando las asas del intestino delgado, un pelotón grasoso, grueso como el pulgar, y de siete centímetros de largo, saliendo del abdomen y arraigado en la pared bajo el pubis. Levantándole, se pudo librar un asa intestinal delgada, completamente aprisionada. Las adherencias eran débiles, y el asa se desprendió por tracción. No presentaba lesión alguna, y el extremo vacío se llenó inmediatamente una vez libre. No dice qué tratamiento empleó con la masa grasosa; rechazó el gran epiplon y cerró sin drenaje, curando sin accidentes.

Debe hacerse notar que la vía abdominal parece preferible á toda intervención por el triángulo de Scarpa.

El enfermo se benefició de la exactitud del diagnóstico, siendo necesario proceder así en los casos análogos.

DR. R. L. Y YAGÜE

Ginecología.

Tratamiento de la dismenorrea por la congestión artificial, por el Dr. Polano. (*Münchener M. Wchnschr.*, 1907.)

Juzgando que en muchos casos aparece demostrado cierto antagonismo entre los ovarios y las mamas, y que la congestión pasiva aplicada á estas últimas retarda y aun disminuye el flujo menstrual,

el Dr. Polano recomienda el método de Bier sobre las
tratamiento en ciertos casos de dismenorrea. Freund
ta semejante antagonismo entre unos y otros órgano
cree que ambas glándulas actúan en coordinación, si
los hechos relatados por el primero.

Por nuestra parte, creemos más bien en el efecto
la ventosa de Bier que en la congestión pasiva que co
mina en las mamas, cuando este tratamiento se empl
tir una dismenorrea de las llamadas congestivas; pue
do conoce el hecho de que, en cuanto el recién naci
succión del pezón, se despiertan en el útero contracc
lestas ó entuertos.

Por otra parte, y siendo la dismenorrea un síntom
tados patológicos que pueden desarrollarse en el apa
terno, no comprendemos los efectos ventajosos de la c
ficial mamaria en este trastorno doloroso menstrual cu
do al obstáculo mecánico de una anteflexión, por eje
ovaritis esclero-quística, etc.

La acetona en el tratamiento del cáncer uterino
por el Dr. Gellhorn. (*Münchener M. Wchnschr.*, 1907, nú

A la larga lista de medios paliativos empleados en
del cáncer inoperable, y de los que nos hemos ocupa
cias y artículos publicados en esta REVISTA, hay qu
otro, cuyos resultados son, al parecer, muy beneficio
propuesto por el autor consiste en practicar, bajo la
pado de la superficie cancerosa, y una vez ésta bien
colocado el espéculum, se vierten en el fondo de la va
tacto de la parte ulcerada, dos ó tres cucharadas gr
na, que se dejan aplicadas por espacio de quince á t
para lo cual se eleva la pelvis de la enferma. Estas
acetona, depués del quinto día, se repiten dos ó tre
mana. Con este medio se detienen las hemorragias, c
roso, se hacen más duras y firmes las paredes de la
rosa excavada y se mejora el estado general de las p

Sin que neguemos los efectos de este nuevo rem
obtenido siempre tan excelentes con el raspado, l
subsiguiente con el termo y la aplicación de una me
iodoformo y ácido salicílico á partes iguales sobre l
cavada y cauterizada, que se mantiene en contacto p
tapón de dos tiras de gasa iodofórmica al 10 por 100.

Apendicitis complicando el puerperio, por David C. Hilton.
(Surgery, Gynæcology and Obstetrics, 1907, Octubre.)

En este documentado trabajo expone el autor la estadística de 29 casos de apendicitis ocurridos durante el estado puerperal, y de los cuales 22 se presentaron dentro de los diez días siguientes al parto, uno en el mismo período de tiempo después de un aborto, y seis de los veinte días á ocho semanas después del alumbramiento.

De los 23 casos que comenzaron en los diez días después del parto, en 14, ó sea el 66 $^2/_3$ por 100, la apendicitis apareció al segundo, tercero ó cuarto día de puerperio, y en 7, ó sea el 33 $^1/_3$ por 100, al segundo día. Sólo en un caso se dasarrolló al primero. De los 6 que se presentaron después del décimo día, el primero ocurrió á los veinte y el último á los cincuenta días del parto.

El autor se pregunta, en vista de estos datos, si el parto y puerperio ofrecen condiciones especiales que puedan considerarse como causas de la apendicitis, ó bien si, por el contrario, no guardan relación tales procesos, y el ataque es puramente casual dentro de dichos estados.

Para Hilton tiene mucha importancia el que se registren poquísimos casos dentro de las primeras veinticuatro horas subsiguientes al parto, y en cambio sean bastantes los que se desarrollan después del cuarto día, habiendo coincidido algunos, casi la mayor parte, con enfermedades uterinas ó anexiales y con infecciones por retención de productos placentarios que obligaron á maniobras endouterinas. Hay, pues, una relación, demostrada por las intervenciones quirúrgicas ó por la autopsia, entre el estado puerperal y la apendicitis; pero no es preciso que la infección genital se transmita al apéndice para provocar el ataque, sino que éste puede ser debido á los trastornos circulatorios ocasionados por la plenitud del útero, á necrosis por compresión ó por desgarro de tejidos. Por otra parte, el apéndice inflamado puede transmitir una infección al aparato genital, y provocar una sepsis puerperal.

En 6 de los 23 casos referidos, que comenzaron en los diez días siguientes al parto, apéndice y genitales eran asiento de un proceso séptico; en un caso se pudo demostrar la transmisión directa de la infección á lo largo del ligamento apendículo-ovárico; en otro, el útero había contraído adherencias que se rompieron y causaron una perforación del apéndice. Hilton insiste sobre las dificultades de diagnóstico, que requiere mucha atención y un estudio de la anamnesis para descubrir la existencia de ataques anteriores. Cree que muchas muertes atribuídas á la fiebre puerperal han sido realmente casos de apendicitis en el puerperio, como uno por él referido, en el

cual, después de diez semanas de enfermedad, diagno
tada como una septicemia puerperal, encontró en la c
apendicitis con absceso grande, zonas de hepatizac
pulmones y endocarditis.

El pronóstico de la apendicitis en el puerperio es r
los 22 casos que se desarrollaron en los diez primeros
perio, murieron el 45,5 por 100, siendo la mayor parte
forante ó supurativo.

Por punto general, toda enferma que ha sufrido
te ataques de apendicitis es muy propensa á padecerl
puerperio.

Tratamiento de las peritonitis agudas por la aspirac
inmediata, por M. E. Villard (de Lyon). (*Revue de Gynécologie*
dominales.)

En el Congreso de la Asociación Francesa de Ciru
en París en Octubre presentó M. Villard una comunica
te asunto. Fundándose en que la indicación principal
miento de las peritonitis agudas difusas es la evacu
completa posible de los líquidos derramados en el pe
fin de detener la reabsorción de las toxinas, impedir
extensiva de los agentes infecciosos y favorecer el e
de las lesiones por la unión de las asas intestinales,
que la aspiración por el vacío es el medio más fácil y
extraer todo el derrame y desecar la superficie pe
conseguirlo, ha hecho construir un aspirador artificial
pone de un tubo, una de cuyas extremidades está r
manguito agujereado, cuyo objeto es oponerse á que l
tinales puedan colocarse delante del orificio de aspir
practica por medio del aspirador de Potin ó mejor p
trompa de agua, cosa más fácil en los servicios clínic

Con el auxilio de este tubo aspirador, paseado por
dominal á través de una pequeña incisión practicada
del vientre, se consigue asegurar la evacuación comp
rrames peritoneales, después de lo cual se dejan coloc
asas intestinales unas tiras de gasa, para favorece
miento de las adherencias. Gracias á la aspiración, l
M. Villard salvar cinco enfermas de peritonitis dif
apendicular.

Dr. Gu

Laringología.

Tratamiento del coriza agudo. (*Monde Médical.*)

El Dr. Boulai (de Rennes) preconiza contra el coriza agudo el siguiente procedimiento, que consiste en el empleo local de la atropina.

La solución es la siguiente:

Sulfato neutro de atropina.....		0,01 gramos.
Agua de laurel cerezo.....	aa.	20 »
Agua destilada.....		

Háganse pincelaciones en la mucosa nasal, repitiéndose cada media hora al empezar, y más tarde cada hora, si es preciso, sin pasar de ocho ó diez el primer día. Hágase igual al día siguiente, si hay necesidad; pero césese el tratamiento al tercer día si no ha dado resultado.

Se puede reforzar la acción dela atropina con la del alcoholatura de raíces de acónito, tomado al interior.

Formulándolo de la siguiente manera:

Alcoholaturo de raíces de acónito.....	5 gramos.

Para tomar 20 ó 30 gotas en una taza de infusión de menta ó manzanilla.

Tómese la infusión al acostarse, y actívese la transpiración por medio de botellas de agua caliente.

A pesar del empleo de estos medios, no se obtiene una acción segura y positiva sino cuando se emplean desde el comienzo del mal.

Transcurrido el segundo día, los resultados son muy insignificantes.

Un buen medio para aliviar la penosa sensación producida por la obstrucción de las fosas nasales es el sorber algunas gotas del preparado siguiente:

Solución de adrenalina al milésimo.....		X gotas.
Solución de clorhidrato de cocaína al 1 por 100..	aa.	20 gramos.
Agua de laurel cerezo.....		

Sin inconveniente alguno puede repetirse el sorbitorio tres ó cuatro veces al día en el adulto. En los niños es preferible no usarlo.

Tratamiento de la fiebre de los henos. *(Monde*

En uno de esos típicos asmas de los henos p
M. Schalde la existencia de una rinitis hipertrófica c
có el lavado de los dos senos maxilares con una sol
muy caliente; después insufló en los senos un polvo
día siguiente acusó el enfermo una mejoría evident
mismo tratamiento en los días siguientes, y produjo
joría, completa y definitiva.

Por otra parte, á M. Müller se le ocurrió tratar el
nos por el éxtasis hiperémico. Al cabo de media h
producido por la aplicación de una banda elástica
llo, se produjo una sensible mejoría en el estado del
un nuevo acceso algunos días después, y recurrió ot
sis hiperémico; al cabo de algunos instantes se efectu
la respiración por la nariz, y la intensidad del lagri
notablemente.

DR. J. MORAL

Neurología y Electroterapia.

Tratamiento del delirium tremens, por S. Gauser. (*Mon pract. med.*, 1907, núm. 5.)

El autor dice haber abandonado por completo e
tratamiento por los baños calientes prolongados y las
medas, por haber observado varios casos en que est
ron seguidos de colapso grave y aun de muerte en
bustos atacados de *delirium tremens*. En 1.051 casos
en estos seis últimos años, estableció en principio la
luta de alcohol. En una primera serie de 486 casos,
dad de 6,37 por 100; y en la segunda serie, de 565
más que 0,88 defunciones. Este feliz progreso en los r
nidos lo atribuye el autor á que, habiendo deducido
ciones que la causa de la muerte en el *delirium trem*
lisis del corazón, puso especial cuidado en tratar los
díacos aun antes de que fueran muy manifiestos, y
cuencia, estableció la regla de administrar la digital
cipio á la dosis de 1,5 gramos en infusión para toma
pitiendo esta dosis dos ó tres veces en el curso del
Cuando no es posible utilizar la vía gástrica, la
enemas.

Si, no obstante, se presentan síntomas de debili
emplea los tónicos del corazón, inyectando un gram

canforado de hora en hora, hasta que la crisis desaparece. Asimismo permite como única excepción, respecto de la prohibición del alcohol, que se dé al paciente una cucharada cada media hora de Champagne, hasta que se produzca la reacción. Por último, como bebida usual recomienda los líquidos refrescantes, compuestos de una solución acética al 1 por 100 y jarabe simple, que recuerde algo el gusto y el color de la cerveza.

Aracnoiditis cerebral circunscrita adhesiva. (*Deutsche Medisinal Zeitung.*)

El Dr. Placzel refiere el caso de una señora de veinticinco años que presentaba los siguientes síntomas: vértigos, cefalalgia, vómitos, alteraciones en la marcha, caracterizadas por vacilación y tendencia á caer del lado izquierdo, parálisis facial derecha completa y de todos los músculos extrínsecos de ambos ojos. El autor diagnosticó un tumor de la fosa cerebral posterior derecha, y la operación, llevada á cabo por el Dr. Krause, reveló la existencia de un quiste meníngeo en la cara inferior del hemisferio cerebeloso izquierdo, y del cual salió una enorme cantidad de líquido céfalo-raquídeo. Dice el Dr. Krause que el quiste se hallaba en la región de la medula oblongada, y que contenía unos 150 centímetros cúbicos de líquido transparente. Después de evacuarlo salió también alguna cantidad de líquido céfalo-raquídeo. En la superficie del cerebelo se encontraron adherencias que fué necesario destruir con el bisturí, y como el quiste se hallaba en las mallas de la aracnoides, se deduce fácilmente que se trataba de un proceso adhesivo de dicha zona.

Hace mucho tiempo que es conocida, sobre todo de los otólogos, la forma aguda de este proceso, y hay que convenir en que también puede presentarse una forma crónica, como se deduce de las observaciones recogidas por el autor. Por consiguiente, estos quistes deben su origen á una aracnoiditis serosa; y como lo demuestra el presente caso, pueden ofrecer clínicamente el cuadro exacto de los tumores cerebrales.

De aquí la importancia de esta observación y la conveniencia de proceder sin pérdida de tiempo á una intervención quirúrgica decidida.

Reacción paradoxal de la pupila á la luz, por M. M. Breton y Painblau. (*L'Echo Médical du Nord*, 26 Mai 1907.)

Las observaciones referentes á este fenómeno pupilar que se han publicado hasta el presente son muy escasas. En realidad es un hecho bastante poco frecuente, aunque no puede calificarse de raro,

la dilatación de la pupila bajo la influencia de las exci
nosas. Además, analizadas detenidamente estas obs
demuestra que en la mayor parte de los casos se trat
do-reacción paradoxal, como ha demostrado Piltz en
blicado en el *Neurologisches Centralblatt* (1902), en
sólo cinco observaciones de verdadera reacción pa
pupila.

Tanto la verdadera como la pseudo-reacción pa
servan por lo general en los sujetos atacados de parál
de tabes, ó bien de sífilis meningea ó encefálica, y c
mente va asociado este signo con el de Argyll Roberts

La pseudo-paradoxal puede ser efecto de una reac
gencia favorecida por la parálisis ó la paresia de los
ductores. También puede producirse por la abertura
dos después de una oclusión forzada que va acomp
contracción pupilar (reacción de Piltz-Westphal).

Estas dos explicaciones son las que realmente pue
ta del fenómeno la mayor parte de las veces, pero ta
invocado otros mecanismos más ó menos complicad
una acción sinérgica de movimiento con la pupila q
una reacción acomodativa, el dolor, una emoción dep
tera, etc.

La reacción paradoxal, por consiguiente, no puede
rada como verdaderamente paradoxal sino en ciertas
teniendo un minucioso cuidado de eliminar todas
error posibles.

MM. Breton y Painblau, investigando la existencia
ción en 49 tabéticos del servicio del profesor Combema
contrado en nueve casos, pero en seis de ellos se tratab
ción pseudo-paradoxal.

No obstante, la comprobación de tres casos, en
apreciarse la verdadera reacción paradoxal, demuestr
es tan rara en la clínica como parece desprenderse de
servaciones hasta ahora publicadas, y, por lo demás,
de toda duda la existencia de una reacción luminosa
que tiene verdadero carácter paradoxal, y que hasta
observada en afecciones orgánicas graves del sistema
que en su mayoría eran de origen sifilítico.

En cuanto á la interpretación de este fenómeno,
que está aún por aclarar y fundamentar en hechos clí
rimentales, no obstante las diversas hipótesis emitida
autores.

El ion magnesio en el tratamiento de las verrugas, por H. Lewis Jones y J. M. Flavelle. (*Archives d'Electricité Médicale*, núm. 208, 1907.)

Ya hace varios años que se venía recomendando el empleo del sulfato de magnesio contra las verrugas, bien administrado al interior ó en aplicaciones locales. Esto dió lugar á que se estudiara por algunos prácticos la acción del ion magnesio introducido por electrolisis.

Las observaciones de los autores parecen demostrar claramente que dicho ion posee una acción específica contra las verrugas, en particular contra las verrugas múltiples.

Tres casos muy interesantes refieren, en los que se obtuvo una completa curación con el empleo de tres únicas sesiones en el que más.

Los autores se valieron de una solución de sulfato de magnesia, la que, formando el electrodo positivo, ponían en contacto con las verrugas, haciendo pasar una corriente de 5 m. a. durante veinticinco minutos.

Para comprobar la acción específica del ion magnesio, los autores trataron simultáneamente en un sujeto que presentaba numerosas verrugas, unas con el referido ion y otras con el zinc. Las primeras desaparecieron, pero las otras no sufrieron modificación alguna.

Parece que algunas verrugas solitarias, muy duras, han sido refractarias á este tratamiento.

DR. E. VILCHES

Proctología.

La distribución de las arterias de la S ilíaca y su importancia respecto á la inversión operatoria de dicha porción del intestino. Sociedad alemana de Cirugía. (XXX reunión celebrada en los días 3 á 6 de Abril de 1907.)

El Dr. Pablo Manasse (de Berlín) ha ideado un nuevo método, teniendo en cuenta la topografía de las arterias, para los casos de estrecheces inoperables del recto, con cuya técnica no hay necesidad de establecer el ano preternatural y que conviene principalmente en las neoplasias que no sean accesibles á los métodos conocidos de exclusión.

Dicho procedimiento consiste en incisión paralela al ligamento de Poupart en el lado izquierdo, sección transversal de la S ilíaca por encima de la estrechez, sutura del borde de la porción inferior ó aferente del intestino, sección del mesosigmoídeo en la extensión necesaria para que la S ilíaca, como prolongación en línea recta del colon descendente, pueda ser atraída desde la cavidad abdominal hacia abajo, por encima del ligamento de Poupart, hasta el ano. Des-

pués de esto, incisión de la herida abdominal, cruzan
to de Poupart, entre el muslo y el periné, á través
isquiorrectal, hasta llegar á la pared lateral izquierda
locación de la S ilíaca con una abertura hecha en la
del intestino recto, por encima del esfínter externo.

**Extirpación vagino-perineal del recto por el proc
de M. Ruge.** (*Arch. f. klin. Chir.*, 1907; LXXXIII, 3

Incisión larga del rafe medio retro-anal hasta el
culación del coxis; si hay necesidad, resección de la
cro; sección de la pared posterior de la vagina, un poc
da de la línea media, y prolongación de la incisión
ano; liberación del recto de bajo en alto. Este tiempo
cil de la operación: se continúa la liberación hasta la
se moviliza; después abertura del peritoneo; se sec
parte declive de su mesocolon; cuando ha descendido
te, se cierra en seguida el peritoneo; ablación del r
clanes, el inferior colocado tan alto como sea posible,
la porción esfinteriana, que es entonces conservada
mejor continencia ulterior; descenso del cabo superi
reunión al trozo inferior lo más exactamente posible.
ginal es suturada, la incisión posterior es reunida i
hilos superficiales y profundos; las incisiones para-a
abiertas en su parte media ó taponadas á lo Mikulicz

Se mantiene la constipación ocho ó diez días.

Algunas veces se presentan fístulas rectales por
punto del cabo intestinal superior, que terminan por
pontánea.

Prurito del ano. (*Le Monde Médical*, 15 Septiembre

El Dr. Chevrel cita una forma intensa de prurito a
por las larvas de una mosca negra, *Teichomyza fus*
cuentra en abundancia en los retretes, cuya instala
tante que desear, y en los urinarios mal cuidados.

**Contribución al tratamiento operatorio de los gran
del recto.** (*La Semaine Médicale*, Septiembre de 19

El Dr. M. O. Samter recomienda el siguiente proc

Laparotomía media, reunión de los pliegues de l
samiento transversal al útero ó al peritoneo transve
comprendiendo la pared anterior del colon pelviano

más altos; plegadura con otros puntos del mesocolon y fijación al periostio del promontorio.

En las mujeres jóvenes la fijación debe hacerse en la fosa ilíaca izquierda, en previsión de un embarazo.

El estreñimiento estival. (*El Mes Terapéutico*, Septiembre de 1907.)

La transpiración abundante deshidrata el organismo. Las bebidas absorbidas en mayor cantidad que de ordinario entorpecen la digestión, y, por consiguiente, se establecen fermentaciones anormales que trastornan el funcionamiento intestinal. Finalmente, el organismo entero sufre de esta pereza, que se refleja también en el recto produciendo su atonía.

Operaciones endorrectales y endosigmoidales. (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Octubre de 1907.)

El Dr. P. Glücksmaner, de Berlín, dice que los modernos métodos exploratorios permiten hacer una inspección ocular de toda la ampolla rectal y de la mitad inferior de toda la flexura sigmoídea. Con este procedimiento se consigue descubrir pólipos mucosos de dichas porciones del intestino, los cuales son el origen de hemorragias poco abundantes, pero por su pertinacia determinan y pueden sostener una anemia profunda y estados de inanición. Los pólipos pueden ser únicos ó múltiples, y la erosión de su superficie es la causa de las hemorragias. Cuando asientan en la flexura, ya no se pueden alcanzar por medio de la exploración digital. Como son blandos, tampoco se pueden tocar á través de las cubiertas abdominales. En dos casos en que estos pólipos se encontraban muy ocultos, á una distancia de 19 á 21 centímetros respectivamente del orificio anal, consiguió el autor, valiéndose del proctosigmoscopio de Strauss, modificado por él, conducir el asa fría bajo la inspección de la vista y extirpar dichos pólipos. Intervenciones análogas ha hecho en un gran número de casos en la ampolla rectal.

Malformaciones congénitas del ano y el recto. (*La Semaine Médicale*, Octubre de 1907.)

M. Princeteau (de Bordeaux) da cuenta, en una comunicación hecha al vigésimo Congreso de Cirugía celebrado en París del 7 al 12 de Octubre último, de nueve casos de malformaciones congénitas de ano y recto tratadas por él.

Los dos primeros: uno sólo tenía una simple atresia que curó

con la dilatación; el otro, de cinco meses, tuvo que p
anoplastia, obteniendo también la curación.

En su segunda serie, de cinco casos, se trataba de
ra ausencia del ano. En todos hubo que intervenir p
neal y buscar la ampolla á más ó menos altura
periné. De estos cinco operados, tres murieron y dos
dos del hospital.

Las dos últimas observaciones son mucho más c
una había comunicación con la vagina, y aunque hi
restauración, la enfermita sucumbió á la atresia; en
municación era con la vejiga, y aunque pudo separar
fué imposible suturar, y hubo que dejar abiertas la
que, con gran asombro, se cerraron espontáneamen
niño por completo.

Tratamiento de las estrecheces inflamatorias d
(*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Octubre de 1

El Dr. Clairmont, de Viena, dice haber tratado,
la colostomía, los casos muy graves de estrecheces inf
recto; en los demás ha empleado la resección del
casos cerrados después de la colostomía practicó locio
lución de nitrato argéntico, empleó el tratamiento ant
dilatación; el yodo sirve muy poco en estos casos. El
el cateterismo persistente. Como complicación se ob
de temperatura hasta de 40°; pero, aun así, los result
son malos; de cuando en cuando hay que interrum
rismo sin fin.

Cura radical de las estrecheces de recto por autopl
ó vaginal. (*La Semaine Médicale*, Octubre 1907.)

El Dr. M. Braquehaye (de Tunis) emplea el sigu
miento:

Primer tiempo: ano ilíaco provisional, seguido dur
ses de desinfección de recto.

Segundo tiempo: rectotomía anterior de todos los t
dos y escisión á derecha é izquierda de los tejidos esc
debajo, avivamiento anterior de la mucosa recto-anal
do el periné; sobre el escroto, disección de un largo co
tangular, que deja adherido por su parte anterior. Es
atraído hacia atrás y arriba en el recto, y suturado á
na sobre el estrechamiento.

En la mujer, después de escindir la parte anterior
chez, reseca un ancho colgajo rectangular sobre la

de la vagina; este colgajo queda adherente por arriba. Por debajo del estrechamiento avivado se hace un ojal recto-vaginal, por el cual pasa la mucosa vaginal disecada; se le tuerce hacia arriba en el recto, y sutura á la mucosa rectal sana. Persiste una fístula recto-vaginal, que es fácil de cerrar antes de restablecer el curso de las materias.

El tercer tiempo está constituído por la oclusión del ano ilíaco.

La operación por la vía sacra de las enfermedades del recto (Goldschwend). (*Arch. für Klin. Chirurgie.—Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, Octubre 1907.)

Entre 180 casos de carcinoma del recto que el autor cita, se ha practicado la operación por la vía sacra en 85. Así, el total de casos operados es 57,6 por 100 de los que se presentaron en la clínica; pero si se cuentan sólo los casos observados y operados desde 1900, aquella proporción llega á 66,7 por 100.

La mortalidad en uno y otro caso se ha elevado á 11,7 por 100 y á 5,2 por 100.

Entre los enfermos que salieron curados, hubo 34 por 100 que se mantuvieron sin recidiva durante más de tres años.

Relaciones de la tuberculosis pulmonar con la fístula rectal. (*Revista de Sanidad Militar*, 1.° Noviembre 1907.)

El médico mayor de Sanidad Militar, Dr. V. Plaza y Blanco, publica un extenso artículo con el epígrafe que precede, cuya síntesis copiamos á continuación.

No todas las fístulas rectales son tuberculosas; pero hay un gran número de ellas que lo son en realidad.

Los cirujanos han precisado más este concepto que los médicos. Y es que los primeros, al ver un individuo que padece una fístula de ano, y que por una lesión, al parecer de poca importancia, aparece demacrado, pálido y débil, se dan cuenta de que el enfermo es un tuberculoso; en cambio, el médico que asiste á un tísico ignora el mayor número de veces si aquel sujeto padece fístula rectal.

No todas las fístulas de individuos tuberculosos son de esta naturaleza.

La fístula rectal puede tener todos los caracteres de una fístula simple, como ocurre quizá en la mayoría de los casos, y puede tener caracteres especiales que delatan su origen y naturaleza tuberculosa (formación de granulaciones fungosas, desprendimiento extenso de la mucosa, predominio del proceso de destrucción, etc.).

La tuberculosis intestinal puede ser primaria, debi
tión de carne ó leche de animales tuberculosos, ó secu
berculosis pulmonar, por haber introducido en el tubo
putos que contengan el bacilo de Koch.

Según Gaffky, los excrementos de los individuos
tuberculosis intestinal contienen numerosos bacilos.

El estómago de los tuberculosos tiene generalmen
digestiva tan débil, que no destruye los bacilos de l
éstos sin alteración, llegando á ser causa de la tube
tinal.

La fístula rectal la encontramos en los tuberculos
ficio interno grande, irregular, y la mucosa que le ro
El orificio externo también grande, y sus bordes en
adentro.

Aunque la opinión del Dr. Plaza es que deben
suprimir un origen de irritación y supuración, no de
cuenta el criterio de otros cirujanos que opinan que
berculosa hay que respetarla, porque con la opera
conseguiría desde el momento que la cicatrización es
que imposible.

Hay algunas fístulas rectales verdaderamente tu
recaer en individuos afectados aún de los pulmones.
ma de fístula tuberculosa primaria, aceptada, entr
ilustre Carlos B. Bull.

Como complemento, cita varias historias clínicas
marias tuberculosas operadas con éxito, si bien, á nu
son demasiado recientes para poder establecer con
tivas.

Tratamiento de las fístulas inoperables de ano. Nuevo
zación. (*La Tribuna Médica*, Octubre de 1907.)

Se trata de una cauterización sucesiva con dos ba
trato de plata corriente y otra de zinc metálico puro,
la misma forma que la del nitrato, y puede proporcio
quier hojalatería.

A ser posible, deberá tener la disposición conveni
tura, extremo terminal, en punta, oliva, plana, etc., s
ficie ó trayecto fistuloso que se trata de cauterizar.

Se procede pasando el nitrato de plata como de
mediatamente en igual forma el zinc, cuya aplicaci
dolorosa.

Debe hacerse dos veces por semana, hasta la cura

Nota.—Yo empleo en vez de la barra de nitrato

nalada, en cuya extremidad hago fundir un trozo de barra, lo cual facilita mucho la técnica.

De los resultados prácticos daré cuenta oportunamente.

Dilatación forzada del ano. (*Tablettes Médicales*, Noviembre 1907.)

El profesor Tédenat (de Montpellier) dice se impone en general en toda clase de intervenciones del recto y ano.

Respecto al procedimiento, da la preferencia á la dilatación digital sobre la instrumental, por creer á esta última ciega, y por consiguiente fácil de producir accidentes en manos inexpertas.

Finalmente, al ocuparse de la anestesia aconseja sea completa, porque dice que una semianestesia puede ser altamente perjudicial y exponer á un síncope reflejo.

Aunque le es indiferente que la narcosis se produzca con el cloroformo ó con el éter, es partidario, como la mayoría de los cirujanos americanos, de emplearla localmente, pues dice que es la única indicada en tales casos.

Escema del ano. (*La Farmacia Española.*)

La siguiente fórmula da magníficos resultados, aplicando los polvos en el sitio con un lanza-polvos y cubriendo la región con gasa esterilizada.

D.ª

Bálsamo del Perú.....	10 gramos.
Formestona.....	40 »
Talco.....	50 »

Disuélvase el bálsamo en dos partes de alcohol y mézclese con los polvos.

Se conserva muy bien.

Tratamiento de los tumores vegetantes del recto. (Société de Chirurgie. Séance du 18 Décembre 1907.)

M. Schwartz presenta un tumor pediculado del recto, extirpado á un viejo de sesenta y tres años. La operación ha consistido, además de la ablación del tumor, en la escisión amplia de la mucosa suturándola después.

M. Frueme manifiesta que la ablación de los tumores vegetantes del recto por las vías naturales es insuficiente, pues siendo casi siempre de naturaleza epitelial, debe emplearse la extirpación total de la pared sobre la cual tiene su implantación, empleando la incisión parasacra.

De igual opinión son sus colegas Bazy y Potherat.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

BIBLIOGRAFÍA

La lucha por la salud, por el Dr. Burlureaux, profesor del hospital de Val-de-Gr
Traducción de la tercera edición francesa, por el Dr. José Blanch y Benet. B
celona, 1908.

No se trata de las bienhechoras campañas contra la tubercu
sis, el alcoholismo y la sífilis. Con el título *La lucha por la salu*
el Dr. Burlureaux comprende el esfuerzo diario del organismo h
mano, que tiende á mantener ó restablecer el equilibrio de sus en
gías en el punto puramente fisiológico. El autor no invade de lle
el campo de la moderna filosofía científica, ni se afana por seña
el nuevo movimiento de las ideas, como lo hace el ilustre profe
Dastre en su excelente libro *La vida y la muerte*, que es, sin du
alguna, la obra más insuperable y saliente que en este sentido se
publicado en lo que va de siglo. El tomo que ha escrito el disting
do profesor del hospital de Val-de-Grâce no es (como el del cita
Dastre) la orientación del porvenir; es más bien el pasado order
do. No resalta aquí la satisfacción del escritor consignando la ú
ma verdad adquirida. Lo que se ve en todas las páginas de *La luc*
por la salud es la reflexión pacientemente madurada, la sesuda
prudente experiencia de largos años de mirar continuo las de
armonías de la naturaleza y las interrupciones del ciclo normal
lo que se admira, en fin, es el consejo generoso del hombre de ci
cia, que ha luchado mucho tiempo á la cabecera del enfermo y
ha dado buena cuenta de los fenómenos de la Biología y la Pato
gía. El libro de Dastre es más genial y profundo, y el de Burlurea
es más sencillo y provechoso.

Empieza el autor por examinar el capital de energía que to
sér recibe al venir al mundo, y de cuyo valor y cuyo empleo va
depender, no sólo la salud, sino también la longevidad; y analiza
causas de ese vigor inicial, dividiéndolas en tres grupos: 1.° Las
fluencias hereditarias. 2.° El valor actual de los genitores en el m
mento de la concepción. 3.° Las influencias que han podido afec
al producto durante la gestación. Después sigue estudiando la v
en su lucha por la salud; señala á grandes rasgos las influenc
morbígenas, y establece conclusiones debidamente documentada
relativas á diversos problemas de higiene y de terapéutica. Ac
su trabajo el Dr. Burlureaux con el obligado capítulo de la vej
refiriendo sus miserias, dificultades y ruinas, hasta llegar á la mu
te, término triste de la gran tarea.

Merece especial mención, en el libro del Dr. Burlureaux, la p

te que trata de la Psicoterapia, que define diciendo que es «el conjunto de medios de orden psíquico por los cuales se mejora y se reconstituye el capital nervioso». No hay en estas notas bibliográficas espacio para comentar los atinados consejos prácticos del autor para la aplicación de los procedimientos psicoterápicos. Nos concretámos á decir que la experiencia personal ha de variar mucho, según el ambiente y condiciones sociales, y es muy aventurado sentar reglas fijas. Cada individuo hace una elaboración propia de la vida moral. Y una misma cosa dice cosas diferentes á diferentes personas. El mismo Burlureaux declara que «en psicoterapia, la primera condición del éxito es saber consagrarse enteramente al caso que se tiene delante». Por esto es tan difícil escribir sobre la extensión y aplicaciones de esta materia, aunque (justo es reconocerlo) el autor de *La lucha por la salud* discurre en este asunto con extremada discreción.

La lectura de este libro es para el médico como una ojeada de recuerdos y como una especie de balance de experiencias. El estudio detenido de la enfermedad está en las obras especiales. El doctor Burlureaux ha hecho trabajo de síntesis, labor de razonamiento aplicado á la práctica. Y así es fecundo el concepto y la meditación provechosa.

Reconocimiento de venenos y de medicamentos activos. *Tratado de Toxicología práctica*, por el Dr. Guillermo Autenrieth, profesor de la Universidad de Friburgo. Traducido de la tercera edición alemana, por el Dr. Rafael Cusí, exayudante del Instituto Farmacéutico de la Universidad de Berlín, exalumno del Laboratorio Fresenius de Wiesbaden. Barcelona, 1908.

Merece verdadero encomio este libro interesante y conciso de análisis químico, en estos tiempos en que el médico se hace principalmente en el laboratorio. Lo mismo en los casos clínicos que en los médico-legales, es un auxiliar poderoso el tratado del Dr. Autenrieth, donde se encuentran con facilidad datos precisos relativos á la acción de los diversos venenos sobre el organismo, las transformaciones que experimentan y su eliminación; determinación cuantitativa de los alcaloides y otras sustancias activas, y preparación de los reactivos.

Seguramente la obra, perfectamente traducida por el ilustrado Dr. Cusí, ha de despertar interés por ser de gran utilidad práctica.

DR. LÓPEZ CAMPELLO

SECCIÓN PROFESIONAL

El Dr. Ferrán.—La Academia de Ciencias de París acab conceder la mitad del premio Bréant á nuestro eminente ba riólogo Dr. D. Jaime Ferrán, porque la Comisión, compuesta n menos que por Roux, Guyon, d'Arsonval, Lannelongue, Lave Dastre, Chauveau, Perrier, Giard, Labbé y Bouchard, ha estim que sus trabajos sobre el cólera han contribuído en gran mod progreso de nuestro conocimiento sobre dicha enfermedad.

A Ferrán se debe, en efecto: 1.°, el descubrimiento de la ac patógena del vibrión colérico sobre los animales; 2.°, la inmun ción de estos animales contra el cólera por la introducción sub tánea ó peritoneal de dicho vibrión; 3.°, la inmunización preven del hombre por la inyección subcutánea de cultivos apropia Esto sin contar sus trabajos sobre *parasitología bacteriana, inoc ciones antidiftéricas y antituberculosas, el estado saprofítico bacilo de Koch* y tantos otros que le han hecho conocido y respet de los sabios extranjeros quizá más que de sus mismos compatrio

La concesión del premio Bréant al Dr. Ferrant es, pues, legít recompensa al valimiento de este infatigable obrero de la inteli cia que con sus estudios y originales investigaciones ha enrique la Ciencia con hechos de la mayor importancia.

España entera celebra el triunfo obtenido por el Dr. Ferrán enorgullece de contarle como una de sus más legítimas glorias.

Asamblea nacional de la prensa médica.—*Conclusiones nerales y acuerdos adoptados por la misma.*—1.ª Requerir del mité ejecutivo de la Asociación internacional de la Prensa médic cumplimiento de los acuerdos de los Congresos por ésta celebra y asimismo de los tomados por dicho Comité, principalmente e reunión de Berna, y sobre todo los relativos al Anuario y á la ta de identidad de periodista.

2.ª Proponer á la Asociación internacional que recomiende á revistas asociadas de alto precio de suscripción, que, mediant pago de la diferencia de precio, y si pudiera ser, por lo menos el descuento concedido á libreros y corresponsales, admitan el c con las demás revistas más modestas y económicas.

3.ª Proponer asimismo á la expresada Asociación que proc recabar de los Gobiernos de todas las naciones representada giro internacional de pagos á la Prensa médica.

4.ª Las administraciones de los periódicos asociados envia

cada seis meses al secretario general de la Asociación una lista de suscriptores y anunciantes morosos, considerando como tales los que deban más de un año de suscripción ó más de un trimestre de anuncios, con objeto de que la Directiva forme un registro donde se anote el nombre y residencia de los deudores y envíe semestralmente una relación de los mismos á todos los asociados.

5.ª Todos los periódicos asociados harán constar en las cubiertas de sus números que, por acuerdo de la Asociación de la Prensa médica española, los gastos de giro del importe de las suscripciones serán de cuenta del suscriptor.

6.ª Todas las administraciones de los periódicos que pertenezcan á la Asociación de la Prensa médica española admitirán suscripciones para cualquier otro de los periódicos asociados. Los gastos de giro y correo que dichas suscripciones determinen serán de cuenta del periódico que las disfrute.

7.ª Se fija como tipo único de comisión para libreros é intermediarios que hagan suscripciones á los periódicos asociados el diez por ciento del importe de aquéllas.

8.ª En la cubierta de los periódicos pertenecientes á la Asociación se hará constar que, por acuerdo de la misma, el pago de anuncios y suscripciones será adelantado, consignándose también en las fajas de dichos periódicos la fecha en que termina el abono del suscriptor á quien se dirijan.

9.ª Todos los periódicos asociados podrán copiar artículos originales de los demás periódicos que pertenezcan á la Asociación con sólo indicar, después del nombre del autor, el del periódico de quien tomen el trabajo; pero queda prohibida la reproducción de los mismos á las revistas no pertenecientes á la Asociación, salvo consentimiento expreso del director interesado.

10. En lo relativo á anuncios que constituyan una falta comprendida en los códigos vigentes, la Asociación no tiene que tomar resolución ninguna, pues á las autoridades corresponde el deber de corregirlas ó castigarlas. Por cuanto se refiere á aquellas otras que no se encuentran en este caso, los directores de los periódicos son los únicos á quienes debe otorgarse el derecho de aceptar ó no su publicación en sus respectivas revistas.

Si, lo que no es de suponer, algún periódico asociado publicase anuncios ó reclamos incompatibles con la dignidad profesional, la Junta directiva queda autorizada para requerir al director con objeto de que cese en la publicación del indicado anuncio, sometiendo el caso, si así lo creyera necesario, al acuerdo de la Junta general.

11. Se recomienda á los directores de los periódicos asociados que, al recibir artículos encomiásticos de preparados medicinales ó

de especialidades farmacéuticas, pongan especial cuidado en el e:
men de los mismos, con objeto de no dar cabida en sus respecti
publicaciones á esos artículos-reclamos, de índole puramente ind
trial, que desprestigian á sus autores y desnaturalizan el carác
de nuestra Prensa, viniendo en menoscabo de la seriedad pro
sional.

En el caso, poco probable, de que alguna revista asociada los
sertase, la Junta directiva, bien por sí misma, ó bien asesoránd
antes de los compañeros que juzgue oportuno, tiene el deber de
rigirse á quien corresponda para que cese en la publicación de e
género de trabajos.

12. Negar el cambio á los periódicos gratuitos de carácter m
cantil y prohibirles la reproducción de cuantos artículos origina
publiquen los periódicos asociados. Ni dichos periódicos gratuitos
sus redactores podrán pertenecer á la Asociación nacional de
Prensa médica.

13. El envío de libros ó folletos á los periódicos asociados no i
plica la obligación por parte de estos últimos de hacer un juicio c
tico referente á aquéllos. Los autores ó editores que hagan dicho
vío no podrán exigir otra cosa que una noticia relativa á los lib
remitidos. Además, el juicio crítico que de las mencionadas pul
caciones hagan los periódicos será definitivo, y ni los autores ni
editores tendrán derecho á obtener aclaraciones ni rectificacio
de ninguna clase.

14. La Junta directiva queda encargada de gestionar cerca
los Poderes del Estado y de las grandes Compañías cuantas ven
jas y consideraciones sean posibles para la Prensa médica.

15. Manifestar á los periódicos asociados que la biblioteca
Colegio de Médicos de la provincia de Madrid se hará cargo
mucho gusto de cuantos libros, folletos y periódicos de cambio t
gan á bien cederles, así como de todos aquellos que, después de
berlos utilizado, no quieran conservar en las respectivas red
ciones.

16. En lo sucesivo podrán pertenecer á la Asociación todos
profesores que, teniendo acreditado su carácter de periodista-mé
co, lo soliciten, aunque no sean directores ni representantes de
periódico determinado; pero entendiéndose que para los efectos
las votaciones sólo se contarán tantos votos como periódicos con
rran á las mismas.

17. La Asociación de la Prensa médica española se pone á
posición de los demás periódicos políticos y literarios para sumin
trarles cuantas informaciones de carácter profesional necesiten.

18. Proponer á los principales periódicos médicos de la Amér

latina la constitución de una Asociación Ibero-Americana de la Prensa médica, con objeto de estrechar los lazos de unión y fraternidad existentes entre la madre España y los demás pueblos que hablan nuestro idioma.

19. Nombrar una Comisión, compuesta por los Sres. Pérez Noguera, Forns, Sánchez Ribera, Blas y Manada, Molina y Aguilar, para que reforme el reglamento de la Asociación en consonancia con los acuerdos tomados por esta Asamblea.

Madrid, 1.° de Noviembre de 1907.—V.° B.°—El Presidente, *Angel de Larra*.—El Secretario general, *E. Pérez Noguera*.

PRIMER CONGRESO NACIONAL DE LA TUBERCULOSIS.—*Reglamento*.—Artículo 1.° El primer Congreso Nacional de la Tuberculosis se abrirá en Zaragoza el 2 de Octubre de 1908 en la Facultad de Medicina y se cerrará el 6 del mismo mes.

Art. 2.° El Congreso comprende miembros titulares y miembros asociados.

1.° *Miembros titulares*.—Puede formar parte del Congreso con el título de miembro titular toda persona ó toda colectividad admitida ya por el presidente del Congreso, ya por el presidente de una de las Secciones ó ya por el presidente de uno de los Comités regionales creados por el Congreso.

Las colectividades admitidas como miembros titulares é inscritas nominativamente no podrán estar representadas más que por un solo delegado provisto de los oportunos poderes, y que gozará de todas las ventajas inherentes á los miembros titulares del Congreso, y únicamente los miembros titulares tomarán parte efectiva en los trabajos del Congreso y recibirán las publicaciones.

2.° *Miembros asociados*.—Pueden ser asociados las personas que forman parte de la familia de un miembro titular (madre, esposa, hermanos, hermanas, hijos).

Los miembros asociados gozan como los titulares de todas las ventajas acordadas por la Administración pública sobre los precios de transporte.

Pero no reciben las publicaciones del Congreso, ni pueden hacer comunicaciones ni tomar parte en las discusiones ni en las votaciones.

Son invitados á todas las fiestas y recepciones oficiales y pueden asistir á las sesiones.

Art. 3.° La cuota se ha fijado en 15 pesetas para un miembro titular y en 5 para los asociados. Los recibos definitivos, despachados y firmados por el Tesorero general, son los únicos documentos que aseguran la inscripción efectiva al Congreso, así como la revisión

del billete y de las publicaciones. Este billete será necesario p
poder aprovechar las ventajas conseguidas para los miembros
Congreso.

Art. 4.° Al remitir su cuota al Tesorero general, los miemb
del Congreso deberán indicar clara y legiblemente su nombre, a
llidos, títulos, señas de su domicilio y además una tarjeta de vis

Art. 5.° Sin contar con las demás ventajas, y además del v
men de los informes (*rapports*) y de los resúmenes que les serán
tribuídos la víspera de la apertura del Congreso, los miembros t
lares tendrán derecho á una guía y á un Catálogo de la Exposici
así como á los volúmenes de las Actas, que serán publicadas
pués del Congreso.

Art. 6.° Las Secciones del Congreso son las siguientes:

1.ª Patología General.—2.ª Clínica Terapéutica.—3.ª Patolo
Quirúrgica.—4.ª Preservación y asistencia del niño. —5.ª Preser
ción y asistencia del adulto.—6.ª Especialidades.—7.ª Sociología
8.ª Farmacia.—9.ª Veterinaria.

Art. 7.° El Comité, Oficina ó Despacho Central, formado po
Presidente, Vicepresidente, Secretario general, Comisario gen
de la Exposición, Secretarios, Tesorero y Presidentes de las nu
Secciones, está encargado de la organización y del funcionamie
del Congreso.

Con aquel fin divide el territorio español en 49 Comités pro
ciales.

Art. 8.° El Congreso celebrará sesión todos los días, ya en As
blea general, ya en reunión de Secciones.

Art. 9.° Se celebrarán dos Asambleas generales, una el día
apertura y otra el día de clausura.

Art. 10. Las Asambleas generales se consagrarán á los discu
usuales y á los votos reglamentarios. No podrán pronunciar disc
sos en las Asambleas generales más que los miembros designa
con anterioridad é invitados por el Despacho Central ó Comité
cutivo.

Art. 11. Todas las proposiciones relativas á los trabajos
Congreso deberán notificarse al Comité ejecutivo antes del 31
Julio de 1908 y el Comité decidirá sobre las proposiciones, envi
dolas á la Sección correspondiente.

Art. 12. Cada Oficina ó Comité de Sección organizará el prog
ma de sus trabajos (audición de informes), discusiones sobre ella
comunicaciones diversas.

Art. 13. Los discursos pronunciados en Asamblea general y
informes, discusiones, comunicaciones diversas serán publicado
las actas de los trabajos del Congreso. El Comité ejecutivo se re

va el derecho de examen de las comunicaciones é informes. El tiempo asignado á cada comunicación no podrá pasar de diez minutos, y los oradores que tomen parte en la discusión no podrán hablar más de cinco minutos cada uno.

Art. 14. El texto escrito de las comunicaciones y de las discusiones deberá remitirse el mismo día al Secretario de cada Sección.

Art. 15. Todas las cuestiones referentes á los trabajos científicos del Congreso deberán someterse y dirigirse al Presidente de la Sección correspondiente. Para todo lo que se refiera á organización y funcionamiento del Congreso se dirigirá al Secretario general.

Art. 16. En la sesión de clausura, el Congreso designará la ciudad de su próxima reunión.

Zaragoza, 10 de Diciembre de 1907.—El Presidente, *Juan Enrique Iranzo.*—El Secretario general, *Luis Cerezo Sáinz.*

Congreso laringo-rinólogo.—En celebración del jubileo de Turk-Czenmak se organiza en Viena un Congreso laringo-rinólogo durante los días 21 al 25 de Abril próximo, y, á la vez, una exposición de aparatos, objetos técnicos, libros, etc., relacionados con la especialidad.

La Comisión ejecutiva la forman el profesor Dr. O. Chiari y el profesor Dr. M. Grossmann.

El delegado en España, al cual se le enviarán las adhesiones, es el Dr. Berini, calle de Valencia, 250, Barcelona.

Necrología.—Una terrible desgracia aflige en estos momentos á nuestro querido amigo el reputado médico del Hospital de la Princesa Dr. Salas y Vaca: la muerte de su querido padre. El doctor Salas sabe la parte que tomamos en su dolor y cuán de veras le deseamos la resignación necesaria para sobrellevar tan sensible pérdida.

Distinción honrosa.—El Dr. Compaired ha sido nombrado ponente de uno de los temas oficiales de la Sección XI del Congreso internacional de Medicina que se celebrará en Budapesth en 1909 y que versará sobre *diagnóstico y tratamiento de los abscesos purulentos intra y extracerebrales de origen ótico.* Felicitamos sinceramente al Dr. Compaired por tan honrosa distinción.

La enmienda del Sr. Pulido, en la que se pedía una subvención de 25.000 pesetas para dividir por partes iguales entre la *Caja de socorros de los farmacéuticos titulares* y el *Montepío facultativo,* ha sido modificada por la Comisión de presupuestos del Senado,

concediéndose la mitad de dicha suma, que será repartida por
entre las dos Sociedades benéficas, que habrán de mostrarse
decidas al Dr. Pulido.

El distinguido catedrático de la Facultad de Ciencias de
Universidad Dr. Muñoz del Castillo explicará en la Facult
Medicina, durante el primer trimestre del año actual, un curso
ve de Radioactividad. El curso, que es de esperar se verá
concurrido, se reducirá á diez lecciones, en las que irá compen
do cuanto se refiere á la radioactividad, asunto en el que tan
renombre ha alcanzado el Dr. Muñoz del Castillo, á quien fel
mos por su feliz idea.

Real orden importante.—Con fecha 7 de Diciembre se h
tado una Real orden de gran interés para los subdelegados, y
parte dispositiva es la siguiente:

1.° Que en los concursos á que se refiere el art. 82 de la ins
ción general de Sanidad para proveer los cargos de subdele
puedan tomar parte todos los médicos, farmacéuticos y veterin
que lo deseen, según la clase de la vacante, cualquiera que s
lugar de su residencia, sin perjuicio de que cumpla con el art.
la citada instrucción, residiendo en la capital del distrito e
haya de ejercer el cargo.

2.° Que se entiendan comprendidos en la condición de «a
mico» sólo los que lo sean numerarios de la Real Academia de
dicina ó de las de los distritos; en la de doctor, los que presen
título correspondiente ó justifiquen, antes de la terminació
plazo del concurso en que tomen parte, que aprobaron los ejer
y abonaron los derechos de expedición del título, y en la de «
sido subdelegado con celo é inteligencia», los que hayan eje
dicho cargo, ya en propiedad, ya como interinos, en virtud de
bramiento hecho por los gobernadores, con sujeción al art. 6
la ley de Sanidad y al reglamento de subdelegaciones, antes d
berse producido la vacante á que aspiren.

3.° Que el título de veterinario expedido con arreglo al Re
creto de 2 de Julio de 1871 se considere para los efectos del
art. 82 equivalente al de licenciado; y

4.° Que las separaciones de los subdelegados sólo se acue
previo expediente gubernativo para justificar la falta con los
mites que prescribió la Real orden de 13 de Febrero de 1883.

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

NOTAS CLÍNICAS

SOBRE UN CASO DE PROSTATECTOMÍA

POR EL DR. L. GONZÁLEZ BRAVO
Del Instituto Rubio.

El día 26 de Octubre de 1907 se presentó en el dispensario de Vías urinarias de este Instituto D. E. R. D., de sesenta años de edad, catedrático, de buena constitución; gozó de buena salud y no tiene antecedentes génito-urinarios, hasta el año 1880, en que padeció de cólicos nefríticos, de los que curó con un tratamiento apropiado.

En 1895 las micciones empezaron á hacerse más frecuentes y dolorosas, sobre todo á su terminación; las orinas se enturbiaron y se hicieron hemorrágicas, acentuándose todos estos síntomas hasta obligarle á marchar á Sevilla, donde le practicaron una talla hipogástrica, retirando de la vejiga un cálculo compuesto de uratos, según nos manifestó.

No bien repuesto de la anterior operación, los síntomas de cistitis reaparecieron acompañados de una retención parcial de orina que le obligaba á sondarse por lo menos dos ó tres veces al día, y fueron acentuándose de tal modo, á pesar de poner en práctica el tratamiento racional en estos casos (sondajes repetidos, lavados de la vejiga, instilaciones), que le decidieron á venir á Madrid é ingresar en esta clínica, donde pudimos apreciar los síntomas de una cistitis intensa; la micción era frecuentísima, cada cinco ó á lo sumo diez minutos, dolorosa, tanto al empezar como al concluir. La exploración de la uretra, practicada con una bujía de bola del número 20, revelaba que ésta estaba libre, notándose sólo dificultad al atravesar la región prostática, y al llegar á la vejiga noté la existencia de un cálculo. Introducida inmediatamente una sonda Nélaton del núm. 18, retiré unos quince ó veinte gramos de una orina turbia, fetidísima y sanguinolenta.

El tacto rectal puso de manifiesto una próstata grande, del volumen próximamente de una mandarina de buen tamaño, lisa, blanda y uniforme.

El estado general de este enfermo estaba en consonancia con sus sufrimientos y con la infección que padecía: estaba demacrado,

de color terroso, la lengua seca, sed inextinguible y anorexis
pulso estaba á 100, y la temperatura oscilaba entre 37°,5 y 38°.

Se le dió ingreso, sometiéndole á dieta láctea, reposo en can
una instilación de nitrato de plata al 1 por 100 en días alternos, p
cribiéndole además dos gramos diarios de urotropina en cuatro
sis. Con este plan mejoró algo, llegando á tolerar su vejiga uno
senta gramos de líquido; la orina era más clara; pero los fen
nos, dolorosos al terminar la micción, debidos á la existencia d
piedra, persistían y atormentaban al enfermo, no dejándole r
nerse á consecuencia del constante sufrimiento.

La resolución del problema quirúrgico se presenta en este
llena de dificultades. Nos encontramos con enfermo calculoso y p
tático profundamente infectado. La coexistencia de la calculosis
sical y de la hipertrofia de la próstata es frecuente, y á prin
vista la prostatectomía, sobre todo la transvesical, curando en
solo acto operatorio dos enfermedades tan graves, parece ind
da; pero accidentes tan sensibles como la pelvi-celulitis, los ab
sos perineales y la bronco-pneumonía, observados después de p
tratectomías practicadas en enfermos gravemente infectados
imponían la obligación de no recurrir á esta operación desde lu
sin haber recurrido antes á la desinfección. Nunca es excesiv
desinfección de la vejiga en estas intervenciones graves; la lit
cia y la aspiración son los medios más adecuados para obtene

El mismo ejemplo de Freyer, que es quien opera casos más
ves y que, sin embargo, practica la litotricia como acto prelimi
me induce á seguir esta línea de conducta.

Además, antes de acometer una operación tan grave com
prostatectomía es de importancia capital tener nociones exactas
valor funcional de los riñones y de todo cuanto interesa al es
general del enfermo, por cuanto las causas de muerte consecut
á esta intervención son en primer término la uremia y después
shock y las complicaciones pulmonares. Por otra parte, hay que
ner presente que la insuficiencia renal provoca y favorece las c
causas, y tiene bajo su dependencia la resistencia general del
ganismo; pero las lesiones renales no contraindican en absolut
operación, sino en un grado relativo. La importancia de la les
más que su existencia, es la que nos ha de servir de guía, y la
jor manera de apreciarla es el estudio de la eliminación provoc
del azul de metileno, que además de ser fácil permite medir los
órdenes de las funciones renales y su influencia sobre el organis

El día 6 de Noviembre se le practicó al enfermo una inyec
de un centímetro cúbico de una disolución de dicha sustancia
por 100, y cuyo resultado fué, según la nota que me remitió el

ñor González Tomás, encargado del análisis, el siguiente: eliminación retardada y en forma de cromógeno. Cantidad eliminada en veinticuatro horas, sesenta diezmiligramos.

En vista de estos datos, resolví abstenerme de una intervención grave y practicar sólo la litotricia, que llevé á cabo el día 8, esperando sus efectos para tomar una resolución definitiva. Estos no pudieron ser más satisfactorios: la evacuación de la piedra y el empleo de la sonda permanente, unidos al plan dietético, hicieron cambiar completamente el estado del enfermo; en pocos días sus fuerzas se levantaron, desapareció la sed, la fiebre y todos los demás síntomas de su toxicación, y así continuó mejorando del estado general. En cuanto al local, después de retirada la sonda permanente sólo quedó una retención crónica de orina.

El día 16 de Diciembre, en vista de su buen estado general, se repitió la inyección de azul de metileno, y la nota dice: «Empieza la eliminación á los tres cuartos de hora. La mayor intensidad á las seis horas. Continúa á las veinticuatro, y en este espacio de tiempo ha eliminado 3 centigramos y 8 miligramos».

Considerando estos datos como casi normales, y no habiendo acusado el análisis de orina la presencia de cilindros ni de otros elementos que revelasen una profunda alteración renal, decidí practicar la prostatectomía como medio de remediar la retención urinaria, y por tanto la posible recidiva de los cálculos.

El 20 de Diciembre, con las precauciones de asepsia que son de rigor en toda intervención quirúrgica, y una vez cloroformizado el enfermo, siguiendo la técnica de Freyer, introduje por la uretra una gruesa sonda de goma acodada, por la que lavé abundantemente la vejiga con una disolución de oxicianuro de mercurio al 1 por 1.000 y la distendí haciendo una inyección de aire previamente esterilizado.

Una amplia talla hipogástrica puso al descubierto la próstata, y en el sitio más saliente de ella hice una incisión con el bisturí en la mucosa vesical; por ella introduje el índice de la mano derecha, mientras que el índice de la mano izquierda, protegido por un guante de goma, era introducido en el recto para levantar la glándula y mantenerla inmóvil, y con el primero, insinuándole entre la cápsula propia y las paredes de la cavidad prostática, enucleé primeramente el lóbulo derecho y después el izquierdo, y la separé del ligamento triangular. En este momento la próstata estaba libre en su periferia, pero quedaba sujeta á la uretra, ocupada por la sonda, por no haber podido abrir las comisuras superior é inferior á causa de sus fuertes adherencias; entonces procuré separar los dos lóbulos pasando el dedo á lo largo de la comisura superior y haciendo contrapresión por el recto. De repente la masa total de la prós-

tata cayó á la vejiga, y ya no pudo percibirse con el dedo re

La uretra se había rasgado total y transversalmente á nive su entrada en la vejiga. La hemorragia fué poco abundante contuvo fácilmente con una irrigación de agua boricada calie Inmediatamente retiré la sonda.

Terminada la hemostasia, coloqué un grueso tubo de Freyer tro de la vejiga de manera que no apoyase sobre la pared vesi para que se insinuara entre los labios de la herida endo-vesical cedí á la sutura de la brecha hipogástrica, sujetando el tubo co punto de sutura á los labios de la herida.

Un último lavado por la sonda uretral, que retiré, y la col ción de un apósito algodonado, dieron por terminada la operac que duró en junto veinticinco minutos.

La próstata enucleada pesó 82 gramos; tenía la forma casi rica y está completamente revestida por su cápsula, encontrán los dos lóbulos unidos en su parte superior por una banda fibr

Las consecuencias postoperatorias han sido benignas, salvo pequeña hemorragia que sobrevino á las tres horas de la opera y que se cohibió fácilmente con una irrigación caliente que se p ticó por el tubo de Freyer, y un ligero estado de colapso que d cuatro horas; todo lo demás ha seguido una marcha normal.

El día 24 de Enero se retiró el grueso tubo de drenaje y se c có una sonda permanente en la uretra.

El día 2 de Enero, cicatrizada la herida vesical, se retira la da, y desde este día orina espontáneamente por la uretra y no da residuo en la vejiga.

El día 17 de Enero fué dado de alta, cicatrizada la herida h gástrica y vaciándose completamente la vejiga.

Como se ve del anterior relato, los cuidados preoperatorios de accidentes infecciosos, tanto prostáticos como vesicales, así com estudio atento del estado funcional de los riñones, son de una imp tancia capitalísima en estas intervenciones, y evitan la mayor pa de las complicaciones que ponen en peligro la vida de los operac

---

PARALISIS ALTERNA CONGÉNITA

Por el Dr. D. Ricardo Pérez Valdés

Del Hospital General.

Procedente de un pueblo de la provincia de Toledo, ingresó h días en mi servicio de enfermedades nerviosas del Hospital Gene un enfermo cuya historia patológica presenta algunas particul dades que estimo dignas de publicación.

Carece de antecedentes familiares. Su madre murió á los cincuenta y dos años de edad, á consecuencia de un tumor canceroso. Era impresionable, como la mayoría de las mujeres; pero nunca padeció afección alguna nerviosa, demostrando durante toda su vida ser persona de sano juicio y bien equilibrada.

Su padre cuenta sesenta y cuatro años de edad; no recuerda haber pasado enfermedad alguna de importancia, y ni él ni su mujer fueron nunca alcohólicos ni sifilíticos.

Tuvieron otros tres hijos, sanos y robustos, que viven aún y no han padecido ni padecen trastorno alguno que permita incluirlos en la gran familia neuropática.

El enfermo tiene veinte años, está regularmente constituído y no presenta estigmas salientes de degeneración. Posee una inteligencia regular y el grado de cultura que es habitual en los individuos de su clase.

Según referencia de su familia, nació de todo tiempo, de un parto que duró siete horas, sin que exigiera intervención manual facultativa ni presentara accidente alguno que llamase la atención.

Desde el mismo instante del nacimiento observaron sus padres que el ojo izquierdo permanecía constantemente abierto, incluso durante el sueño, creyendo, en su ignorancia, que el niño era sordomudo.

Más adelante apreciaron que tampoco movía el brazo y pierna del lado derecho, y que cuando lloraba se desviaba hacia este mismo lado el izquierdo de la cara.

Poco á poco fué mejorando la parálisis de los miembros. A los cuatro años se iniciaron movimientos en el brazo y pierna enfermos, y uno ó dos años más tarde comenzó á andar, arrastrando mucho la pierna.

En el momento presente impresiona desde luego la parálisis izquierda de la cara, que con el lagoftalmos y la boca, habitualmente abierta, prestan al enfermo un aspecto de imbecilidad que no se justifica por el examen ulterior de su estado mental.

La parálisis es de tipo periférico, y está especialmente interesado el facial superior.

La exploración eléctrica da el resultado siguiente: el frontal, superciliar y orbicular de los párpados no reaccionan á la corriente farádica ni galvánica, aun cuando se llegue á producir dolor intenso en las partes exploradas, lo que ocasiona contracciones casi tetánicas en el lado sano.

En el territorio del facial inferior se encuentra muy disminuída la contractilidad farádica, y lo mismo ocurre con la galvánica, cuando se exploran los músculos colocando un reóforo en la espal-

da. Haciendo la exploración directa del nervio, se obtienen contra ciones débiles con la farádica, y bastante intensas en el cierre de galvánica.

La audición se encuentra tan disminuída en el lado izquier que sólo percibe el ruido del reloj á 5 centímetros, mientras en derecho le oye distintamente á más de 2 metros de distancia prueba de Weber localizó en el lado enfermo. La de Rinne es gativa.

Esta sordera había pasado completamente desapercibida para enfermo, que no experimentó en ninguna ocasión ruido de oíd hiperacusias á los tonos altos ni bajos, ni molestia auditiva de ning género.

Aprecia con exactitud las sensaciones gustativas en la mitad terior izquierda de la lengua.

El ojo izquierdo, constantemente abierto, presenta en el segm to inferior un leucoma con adherencia del iris, consecutivo á ulce ciones padecidas en épocas anteriores.

La agudeza visual es muy inferior en este ojo, comparado el sano.

No se observa el signo ocular de Dutemps y Cestan, á pesar la paralización exagerada del orbicular de los párpados.

Tartamudea bastante y pronuncia con dificultad las palabras que entran muchas labiales.

El esqueleto de la cara ha sufrido una alteración en su for que hace recordar la que se observa en los cráneos plagiocefáli La presión de los músculos del lado derecho, no contrarrestada los del izquierdo, paralizados, ha determinado un prognatismo es cial de los maxilares, que se encuentran desviados en masa y sob saliendo bajo la mejilla izquierda.

De la hemiplegia apenas quedan vestigios. Un ligero grado enflaquecimiento en el lado enfermo y una pequeña disminución la energía muscular es lo único que resta de la afección pasada.

Los reflejos tendinosos se encuentran muy exagerados en el b zo y pierna derechos. Excitando la córnea del ojo izquierdo se p voca parpadeo en el derecho. Percutiendo ligeramente en la pa media del labio superior se observa una contracción vermicular la mitad superior del orbicular de los labios, que impulsa éstos cia abajo y adelante, sin que el labio inferior tome parte en la c tracción (reflejo bucal de Toulouse y Vurpas incompleto).

No se aprecian trastornos sensitivos en la cara ni en miembros.

No existe lesión alguna en el corazón ni en ninguna otra víso torácica ó abdominal.

En resumen: se trata de una parálisis alterna ocurrida durante el nacimiento, en la que llama la atención la parte tan principal que toma el facial superior.

Las parálisis alternas, poco frecuentes en los adultos, son excepcionales en les recién nacidos. El número de casos publicados es limitadísimo; por regla general, las parálisis congénitas de origen cerebral se limitan al territorio del facial, y son debidas, en su gran mayoría, á presiones periféricas sufridas por este nervio, bien por enclavamientos prolongados de la cabeza ó por maniobras tocológicas, como la aplicación del forceps, que determinan traumatismos hacia la región mastoídea, en las proximidades de la emergencia del nervio.

Las que reconocen un origen más profundo, como la agenesia nuclear del facial, suelen afectar la forma diplégica, y se acompañan de parálisis de otros nervios, especialmente del abducens, que por su proximidad al origen real del facial suele participar del proceso que determina la atrofia ó la no formación de ambos núcleos. Además, lo más frecuente es que coincidan con agenesias de otros órganos ó de bien marcados signos de degeneración que ponen sobre la pista del diagnóstico.

Si en el caso presente sólo existiese la parálisis facial, desde luego la atribuiríamos, teniendo en cuenta su carácter periférico, á presiones sufridas durante el nacimiento. Pero aparte de que esta clase de parálisis son de pronóstico relativamente benigno y casi nunca llegan á persistir en el grado tan intenso que en este caso se presenta, no es posible prescindir de la hemiplegia que la acompañó, coincidiendo con ella en el momento de su aparición.

Para que ésta haya tenido lugar, preciso es que el fasciculo piramidal se encuentre también lesionado; y es de conocimiento vulgar que cuando coincide la parálisis facial de un lado con la de los miembros del opuesto, la lesión se encuentra en la parte baja de la protuberancia, interesando las fibras ya cruzadas del facial y las piramidales no cruzadas todavía, alcanzando con frecuencia al hipogloso, por poco que la lesión se extienda, y dando lugar á trastornos disártricos, análogos á los que este enfermo presenta.

¿Qué causa ha podido producirla? Teniendo en cuenta la manera de ser de esta parálisis, el momento de su aparición, la retrocesión de los síntomas, que algunos han llegado á desaparecer, etc., se puede asegurar que una pequeña hemorragia protuberancial, ocasionada por dificultades distócicas, cuya puntualización es muy difícil de apreciar al cabo de los veinte años, y dada la imperfección con que los enfermos y sus familias nos suministran siempre los antecedentes.

Estas extravasaciones sanguíneas realizadas en el sistema nervioso central durante el parto, no son enteramente excepcionales. Con alguna frecuencia vienen á la consulta pública del Hospital pequeños paraplégicos, que deben sus parálisis á hemorragias medulares habidas en ese momento.

Además, que en todas las obras que se ocupan de esta materia se consigna la frecuencia de las hemorragias cerebrales durante los partos laboriosos.

Un detalle existe en este enfermo que llama desde luego la atención, y que á primera vista parece invalidar el diagnóstico de parálisis tipo Millard-Gubler.

Si la lesión que determinó ambas parálisis, de la cara y de los miembros, fué única y asienta en el mismo territorio orgánico, ¿cómo se explica que la hemiplegia derecha haya llegado á curarse casi totalmente, y en cambio la parálisis facial persista en términos tan exagerados?

Pueden establecerse dos hipótesis igualmente racionales para explicar esta aparente contradicción.

Pudiera ocurrir que la lesión protuberancial haya traumatizado por manera desigual los fascículos del piramidal y los del facial.

El primero, más robusto, más esparcido en su contextura fibrilar y más alejado también de sus centros tróficos, que son numerosos, y por lo tanto, susceptibles de sustituirse en su influjo nutritivo, habrá podido resistir la acción destructora de la injuria recibida, regenerándose paulatinamente en una buena parte de sus elementos fibrilares. Y bien por este trabajo regenerativo ó por haber quedado indemnes suficiente número de cilindros para transmitir las impulsiones motrices, ha concluído por redimirse y quedar apto para subvenir á las necesidades que le están encomendadas.

Por otra parte, un buen número de las fibras que constituyen el fascículo piramidal cambian de itinerario al llegar á la protuberancia, y después de un descanso en los núcleos grises que en ella existen, pasan al cerebelo por los pedúnculos cerebelosos medios para continuar su recorrido por los pedúnculos inferiores y llegar á las astas anteriores por este camino de rodeo.

No es irracional suponer que en los casos en que la vía piramidal directa se halle interceptada, puedan las impulsiones motrices corticales llegar á su destino por este otro camino, que tiene al fin los mismos puntos de partida y de llegada.

El facial, en cambio, ocupa en el punto en que se supone la lesión un campo más estrecho; sus fibras se encuentran más agrupadas, formando ya casi cordón por la proximidad á su punto de nacimiento aparente; carece, además, de vías que puedan sustituirle;

y con todas estas condiciones tan desfavorables para su defensa, lógico es que una lesión que le altere, si obra con alguna intensidad, le invalide de modo definitivo é irreparable.

Otro detalle curioso en la historia de este enfermo se refiere á su manera de escribir.

A consecuencia de la parálisis del brazo derecho, aprendió á escribir con la mano izquierda.

Tiene buena letra y de trazos seguros; pero la escribe al revés, invirtiendo su dibujo como si escribiera para que otra persona colocada enfrente hubiera de leerlo.

Puede también escribir normalmente; pero en este caso tarda mucho, y la letra es desigual y torpe.

Esta forma rara de escritura especular no obedece á trastorno alguno funcional ú orgánico que pueda ser considerado como una variedad de afasia literal, toda vez que aprecia rápidamente la dirección en que la escritura está colocada, y lee con igual facilidad en un sentido que en otro; es decir, que la representación mental de las imágenes ópticas se hace con entera normalidad.

Preguntándole acerca de los motivos que le inducían á escribir de esta forma tan anómala, contestó que desde pequeño le habían enseñado á escribir así, y como por el hábito le era sumamente fácil hacerlo, no había tratado nunca de corregirse.

DOS CASOS DE ESPLENECTOMÍA

Por el Dr. García de Arias
Del Instituto Rubio.

Pocas son las ocasiones que en el ejercicio profesional se le presentan al cirujano de practicar la esplenectomía, y menos aún al ginecólogo; si agregamos á esto lo arriesgada y atrevida que resulta esta intervención en determinadas circunstancias y las complicaciones rápidamente mortales á que da lugar (trombosis, hemorragias en sábana, etc.), se comprende bien que vacile el espíritu del cirujano más esforzado cuando se vea obligado á practicarla en los casos que esté indicada, y aun que rehuya el hacerla, explicándonos también estos peligros el que se haya ideado sustituir esta operación por la «ligadura parcial de los vasos del bazo» (Clement Lucas, 1882; Langenbuch, Küster, Wyman), con el fin de provocar la retracción de los tumores esplénicos. Asimismo se han puesto en práctica diferentes procedimientos para la ligadura de los gruesos vasos del hilio del órgano: Billroth incluía la cola del páncreas en la ligadura para evitar que se escurriese ésta; Martin dejaba un frag-

mento condiloide del bazo; Olshausen empleaba ligadura de goma; Kocher dejaba aplicadas pinzas arteriales, etc. Otro accidente desagradabilísimo puede ocurrir en el acto operatorio—que pone en grave riesgo la vida del enfermo,—y es la rotura del órgano con hemorragia peligrosa; de un accidente de éstos fué testigo presencial nuestro amigo el Dr. D. Ruperto Sánchez: operaba un peritísimo cirujano á un enfermo con bazo palúdico de grandes dimensiones; y cuando se disponía á ligar los vasos del pedículo, se rompió el bazo entre las manos del ayudante que lo sostenía en alto, muriéndose instantáneamente el operado, á consecuencia de la abundante cantidad de sangre que perdió en pocos segundos. Más de un cirujano ha perdido de idéntica manera alguno que esplenectomizaba; accidente casi imposible de evitar en algunos casos: bueno es, por consiguiente, señalar este peligro é insistir sobre el particular.

Por el contrario, resulta facilísima la operación en aquellos casos en que el bazo está ectopiado, con ó sin aumento de volumen (bazo hipertrófico, megalo-esplenia palúdica), porque los ligamentos están alargados y adelgazados, por faltar de ordinario adherencias y porque, casi siempre, el ligamento espleno-diafragmático la sabia naturaleza se ha encargado de romperlo al descender el órgano á la pelvis por su gran aumento de peso y volumen.

Desde la introducción de la esplenectomía en la cirugía moderna por Péan en 1869, con motivo de haber sido el primero en haber extirpado con éxito un bazo quístico hipertrofiado, hasta estos últimos años, en que Jonnesco, con sus estudios sobre el bazo palúdico y sus éxitos operatorios, ha animado á muchos cirujanos á imitarle, la técnica de la esplenectomía ha sufrido tales perfeccionamientos, que se han abandonado la ligadura parcial de los vasos del bazo y los distintos procedimientos de ligadura para el pedículo preconizados por Olshausen, Kocher y otros de que hablamos más arriba. El modo de practicar la ligadura aconsejado por Martin, creemos pueda tener aplicación alguna vez, cuando el ligamento gastro-esplénico es corto; á punto estuvimos de emplearla en nuestra segunda operada.

Ha ocurrido con esta operación lo que con casi todas las de cirugía abdominal: que sus resultados inmediatos y tardíos han marchado paralelamente con los perfeccionamientos en sus detalles técnicos, como lo demuestran las siguientes cifras:

En 1899, en el Congreso de Cirugía de París, Jonnesco dió cuenta de que había extirpado, desde 1896, 29 bazos por quistes hidatídicos ó por esplenomegalia palúdica, con 10 muertes, 2 por hemorragia y 8 á consecuencia de complicaciones pulmonares.

En 1900, en el Congreso Internacional de Medicina de París (sec-

ción de Cirugía general), Michailovsky (de Sofía) comunica una serie de 15 esplenectomías por esplenomegalia palúdica, con un solo caso de muerte por pleuro-neumonía. El peso de los bazos extirpados variaba de 1.800 á 4.000 gramos.

Jonnesco, en este mismo Congreso, da cuenta de haber practicado 32 esplenectomías, 28 por bazo palúdico, con 8 defunciones.

En Febrero de 1899, Bragagnolo publica en la *Revista Véneta* una estadística de 119 casos de esplenectomía con 89 curaciones, lo que da una mortalidad de 25 por 100; pero hace notar que la mortalidad de la esplenectomía ha ido en disminución á medida que la técnica de la operación hacía progresos. Esta mortalidad, que de 1881 á 1885 era de 80 por 100, y de 1886 á 1890 de 31 por 100, ha bajado, para el período de 1891 á 1898, á 18 por 100, y se ha visto que la estadística particular de Michailovsky era aún más favorable.

***

En la consulta pública de Ginecología, á cargo del profesor don Eugenio Gutiérrez, en el Instituto Rubio, hemos tenido ocasión de ver algunas enfermas con esplenomegalia, que han venido á consultarse por un afecto uterino ó bien por creer que tenían un gran tumor en su vientre. En dos de ellas, su tumor abdominal era el bazo leucémico, diagnóstico que nos lo confirmó el examen hematológico practicado por el jefe del laboratorio, D. Adolfo López Durán. En ambas, la hiperesplenia era considerable—sobre todo en la que padecía de leucemia mielocítica y esplénica;—parecían no tener adherencias con los órganos vecinos por su gran movilidad, y su peso no bajaría de tres kilogramos.

A una de estas enfermas la dimos ingreso en la clínica, y durante dos meses el Dr. Gaztelu la estuvo tratando por los rayos X. La observación escrupulosa de la enferma y los diferentes análisis de su sangre que se hicieron, nos demostraron la ineficacia de esta terapéutica: ni mejoró el estado general de la paciente, ni disminuyó en nada el volumen del bazo; la enfermedad continuó haciendo progresos.

Ni siquiera pasó por nuestra mente el extirpar el bazo á estas enfermas, por estar fuera de discusión—hace ya bastante tiempo—no sólo lo ineficaz, sino lo perjudicial que resulta la intervención en estos casos. La esplenectomía en la leucocitemia es, como ha dicho Bryant, «una insensatez bajo el punto de vista fisiológico, y una temeridad bajo el punto de vista quirúrgico».

En nuestra práctica hemos tenido ocasión de explorar buen número de bazos grandes: dos sarcomatosos, uno sifilítico, uno con hi-

pertrofia simple no cirrótica, dos con enfermedad de Banti, algunos centenares palúdicos y tres leucémicos. Cuatro esplenectomías hemos visto practicar á cuatro distintos cirujanos; las historias de dos esplenectomizadas por nosotros van al final de este trabajo; á una laparotomía exploradora ayudamos á nuestro malogrado director D. Manuel Castillo, por un enorme sarcoma adherido á la cara cóncava del hígado, peritoneo parietal y vísceras vecinas, y, por último, algunas autopsias hemos hecho de cadáveres de enfermos que murieron en el primero ó segundo acceso de fiebre palúdica perniciosa. Pues bien, dos hechos casi constantes hemos observado en estos enfermos: uno, que al ectopiarse el bazo agrandado se sitúa verticalmente en la cavidad; su cara convexa, superior ó diafragmática se hace anterior, y su cara inferior ó gástrica se hace posterior; en ningún caso hemos visto el bazo colocado detrás del paquete de intestinos delgados. El otro hecho—que á nuestro juicio puede servir de algo para ilustrarnos en el diagnóstico—es el siguiente: nos ha sido dable comprobar una diferencia bastante acentuada entre la figura que adoptan los voluminosos bazos leucémicos (que ocupan dos tercios ó casi la totalidad de la concavidad anterior del abdomen) y los bazos palúdicos de idéntico volumen. Los primeros ganan mucho en superficie y no proporcionalmente en espesor, recordando su figura la de un plato ó una esponja aplanada; en una palabra, el órgano se desfigura bastante; lo contrario ocurre en los segundos: el órgano, á pesar de su exagerado volumen, conserva la armonía de sus líneas y dimensiones, no desfigurándose tanto.

Como remate á esta nota clínica, transcribimos las historias de dos enfermas con lesiones de su aparato genital y esplenomegalia coincidente.

Observación I.

Una de las enfermas, registrada en Mayo de 1905 en la consulta pública de Ginecología, fué una planchadora, de cuarenta y dos años, multípara, y natural de Madrid.

El reconocimiento bimanual nos reveló que padecía una anexitis bilateral, quística y supurada, y además que su bazo estaba hipertrofiado y descendido; se le tocaba un poco por debajo del ombligo, y gozaba de excesiva movilidad; pero no era posible reponerlo en la fosa renal izquierda.

Por el estado general de la enferma, por sus antecedentes y por el examen hematológico, se afirmó nuestro juicio diagnóstico de que se trataba de una hipertrofia simple del bazo.

Hago gracia á los lectores de la descripción del principio, síntomas y curso de la enfermedad, por ser muy conocido el cuadro sin-

UNIV. OF CALIFORNIA

BAZO HIPERTRÓFICO VISTO POR SU CARA GÁSTRICA

(De fotografía).

En el centro de la figura se ve el hilio del órgano; el ligamento que cuelga á la derecha es el espleno-cólico. Su coloración era normal; el peso, 950 gramos, y sus dimensiones: largo, 17 centímetros; ancho, 11; espesor máximo, 6.

Imp. Art. José Blass y C.ª, San Mateo, 1, Madrid

UNIV. OF
CALIFORNIA

drómico de la anexitis supurada, acompañada de su correspondiente pelvi-peritonitis; pero sí haremos constar dos cosas: que la anexitis supurada era la resultante de un proceso gonocócico antiguo, y que la ectopia esplénica no ejercía influencia de manera marcada en el funcionalismo del tubo digestivo.

En el mismo mes de Mayo se le dió ingreso en la clínica y se la operó.

Descripción de la operación.—Laparotomía media extensa; esplenectomía, que fué muy fácil de practicar por estar adelgazados y alargados los ligamentos, formando un pedículo de unos 15 centímetros de longitud; salpingo-oofbrectomía doble, que resultó muy laboriosa por estar recubiertos los anejos de extensas y resistentes adherencias; cura á lo Mikulicz en la comisura inferior de la herida, y oclusión de la herida. Invertiríamos una hora y media en la operación.

El bazo extirpado pesó 950 gramos (véase lám. 1.ª). El contenido purulento de la trompa izquierda sería de unos 500 c. c.

Las consecuencias de la operación fueron buenas; á los cuarenta y cinco días de operada, la cifra de glóbulos rojos y la cantidad de hemoglobina de su sangre eran normales; se le dió el alta por curación á los sesenta y cinco días de operada.

Hará unos dos meses que vimos á esta enferma por última vez: disfrutaba de buena salud, y ya habían transcurrido dos años y medio de la intervención.

Es terapéutica corriente en los bazos emigrantes é hipertróficos practicar la esplenectomía con preferencia á la esplenopexia; de ahí el porqué de nuestra conducta en este caso.

Observación II.

Ramona Potenciano Torralba, de treinta y tres años de edad, casada, de pobre constitución, natural de Casatejada (Cáceres), con residencia habitual en dicho pueblo, interrogada respecto á su enfermedad, manifiesta lo siguiente:

Que su madre murió á los sesenta años, gozando siempre de buena salud, á excepción de los últimos, en los cuales empezó á notar que el vientre aumentaba de volumen, y que, en vista del tamaño que adquiría y las molestias que le ocasionaba, decidió venir á Madrid. Fué operada en 1903 de un voluminoso quiste ovárico por el Dr. Gutiérrez, muriendo en Mayo de 1905 á consecuencia de una neumonía. Que su padre vive y está sano, si se descartan los achaques propios de la edad y los de una hernia inguinal que padece hace tiempo.

Como antecedentes patológicos, refiere que empezó á padecer de paludismo á los cuatro años de edad; que á los siete tuvo el sarampión, á los trece una fiebre tifoidea, de cuyas enfermedades salió con bien; que su desarrollo fué tardío, apareciendo á los diez y seis años la menstruación, escasa y predominando en ella el flujo blanco; que á los diez y siete ya notó el relieve que hacía el bazo en el hipocondrio izquierdo, y que no recuerda haber padecido otras dolencias, fuera de las fiebres palúdicas, de las cuales no se ha visto libre nunca.

A los veintisiete años se casó, teniendo de su matrimonio tres hijos, uno varón y dos hembras, que viven y están sanos, á excepción de la niña mayor, que á la edad de tres años empezó á padecer paludismo, aumentándosele, como á ella, el bazo, aumento que persiste en la actualidad, que ya cuenta cinco y medio años. Las fechas de los partos han sido: 30 de Octubre de 1901, 18 de Junio de 1904 y 10 de Enero de 1906; no ha tenido ningún aborto, y con respecto á sus embarazos y partos, cuenta que han sido normales, pero que durante todo el tiempo que han durado las gestaciones se ha visto obligada á tomar quinina, y que ha sufrido abundantes metrorragias después de los alumbramientos. Añade que después de cada parto era visible el aumento de volumen del bazo, y á partir del segundo le quedó como secuela el abocamiento del cuello uterino á la vulva.

Respecto á su enfermedad crónica, nos manifiesta que los accesos de paludismo revestían en ella diversos tipos, siendo unas veces cotidiano, otras tercianario y no pocas cuartanario, con las fases características de calofrío, calor y sudor, y algunas veces con fenómenos cerebrales que pudieran hacer presumir una perniciosidad posible; que las fiebres han llegado á 40°, 40°,5, y que en ocasiones los accesos febriles se han acompañado de epistaxis é infartos ganglionares en el cuello é ingle; su último ataque de paludismo ocurrió el 10 de Enero del año actual; en Febrero del mismo año expulsó espontáneamente grandes trozos de tenia, que con la administración oportuna del extracto etéreo de helecho macho terminó de expulsarla, contribuyendo esto á la mejoría de su estado general.

Mayo de 1907.—Examinada por nosotros la enferma, cuyo aspecto de emaciación y de anemia intensa es lo primero que salta á la vista, encontramos en el vientre una tumoración grande, dura, muy movible, que ocupa el hipocondrio y la fosa ilíaca izquierdos, descansa sobre el pubis y se extiende—en su mitad inferior—hacia la fosa é hipocondrio derechos. Por la palpación percíbense perfectamente los contornos del tumor, su enorme superficie convexa, homogénea y lisa, y el borde cortante con dos escotaduras que le limita

en la mitad superior derecha; cogiéndole por esta parte, y desviándole al flanco izquierdo, toma un aspecto prominente y acantilado el vientre, dibujándose debajo de sus cubiertas el mencionado borde cortante y permitiendo á la otra mano explorar las lobulaciones de la otra cara del tumor y sentir claramente el latido de la arteria esplénica; los cambios de posición y actitudes en que colocamos á la enferma comprueban la gran movilidad de que goza el tumor, haciéndonos pensar con fundamento en la ausencia de adherencias parietales y viscerales; no encontramos el soplo esplénico sincrónico con el pulso, á pesar de repetidas y minuciosas exploraciones.

Los antecedentes y los datos anteriores nos dan hecho el diagnóstico de esplenomegalia palúdica, gastroenteroptose consecutiva y descenso medio del útero.

Sentado esto, procedía averiguar si el caso era operable ó no, puesto que, sobre no estar de acuerdo las opiniones de los cirujanos en este respecto, quedaba la duda que producía el enorme volumen del bazo, y que podía hacerlo caer dentro de la contraindicación señalada por algún autor, que dice no deben esplenectomizarse enfermos cuyo bazo pese unos cinco kilogramos, fundándose en la idea sostenida por Péan, de que el organismo humano no puede soportar la ablación del bazo cuando éste pesa tres ó cuatro kilogramos, porque equivale tanto como sustraerle de golpe de uno y medio á dos litros de sangre, atribuyendo á esto la mortalidad tan grande de esta intervención.

Hoy día ya no puede sustentarse esta opinión, pues frente á ella está la contraria sostenida por eminentes cirujanos; no haremos sino una cita: H. Kehr—de autoridad indiscutible,—comentando los trabajos de Jonnesco sobre el particular, dice: «Jonnesco obtuvo muy buenos resultados de la esplenectomía en casos de bazo palúdico, y amplía bastante el campo de las indicaciones para esta operación; este cirujano ha logrado salvar con ella enfermos que se hallaban en un estado muy adelantado de caquexia, y también ha logrado resultados favorables en casos de adherencias numerosas y sólidas ó de bazos muy voluminosos (hasta 5.750 gramos).» (*Cirugía clínica y operatoria*, de E. Bergmann, P. Bruns, J. Mikulicz, tomo III, página 562, edición española.)

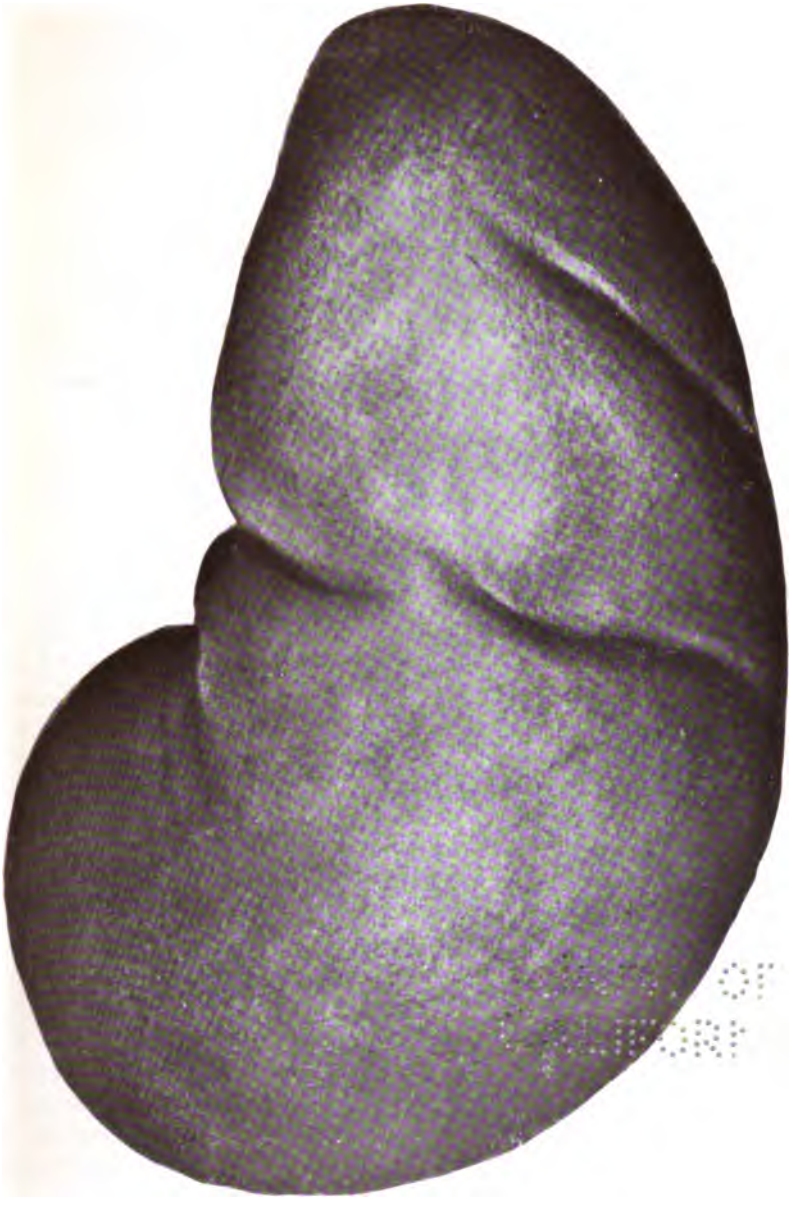
Puesto el caso á discusión entre los profesores y doctos colegas del Instituto, y hecho el examen hematológico, que no revelaba una leucemia, y el análisis de orina, que indicaba el excelente funcionalismo renal, la opinión más general fué la de que la enferma no debía operarse, ateniéndose á que la extirpación de un bazo palúdico no remedia nada para el enfermo. Sin embargo, contra esta manera de pensar estaba nuestro convencimiento de que, si bien la extirpación

del bazo palúdico no da á los operados inmunidad para ulteriores accesos, por lo menos se les evita una causa de repetición de los mismos. Es sabido que el bazo, por sus funciones, es un órgano hematopoyético, que, con la medula de los huesos y el timo, contribuye á la formación de los distintos tipos de glóbulos blancos; pero es sabido también que para esta función, y por su estructura y conformación anatómicas, el bazo se convierte en una especie de reservorio donde se guarecen, por decirlo así, los hematozoarios de Laveran, y que basta en ocasiones una causa cualquiera, mecánica, que actúe sobre el bazo, como una ducha fría, un masaje algo violento, para que, diseminadas las plasmodias maláricas, provoquen en el paciente nuevos accesos. Y esta consideración pesó más que otra alguna sobre nuestro ánimo, que veía cómo cirujanos de otras partes acometían valientemente semejantes operaciones, seguidas, como en el caso nuestro, de un éxito completo.

Con el fin de evitar posibles hemorragias capilares en sábana en el acto operatorio ó después de él, administramos á nuestra enferma, la víspera y el día de la intervención, 3 gramos diarios de cloruro de calcio en disolución acuosa.

15 de Junio de 1907.—Decidida la intervención, pensamos cuál sería la incisión preferible, puesto que, dado el volumen enorme del bazo, habíamos de necesitar brecha amplísima. Rechazamos la media, la paralela al borde externo del recto y la oblicua paralela al cartílago costal, recomendada por Ruggi, de Bolonia, y optamos por un corte de trazado curvo de convexidad izquierda, que comenzando al nivel de la línea media y por encima del ombligo, la llevamos hacia las falsas costillas del lado izquierdo, pasando á unos dos traveses de dedo por debajo de ellas, incurvándola con curva parabólica hacia el pubis, cerca del cual la terminamos. Levantamos la tapadera que formaba el colgajo, y extrajimos el bazo, cuyo ligamento freno-esplénico no existía, distendido y roto quizás por el desplazamiento hacia abajo. Sostenido cuidadosamente el bazo en alto por el Dr. Otero Acevedo, colocamos á campo descubierto 4 largas pinzas forcipresoras sobre el ancho y corto ligamento gastro-esplénico, y mediante un corte de bisturí nos deshicimos de él; en esta maniobra invertimos unos tres minutos. Ligamos separadamente la arteria y vena esplénicas y otra arteriola, insaculando después el pedículo en el surco formado por una sutura sero-serosa hecha á expensas del revestimiento peritoneal de la gran tuberosidad del estómago; por último, procedimos á cerrar la herida abdominal. En la intervención empleamos cuarenta minutos.

El bazo extirpado tenía un color rojo vinoso limpio con viso azulado, bastante consistente, muy ingurgitado; en su cara diafragmá-

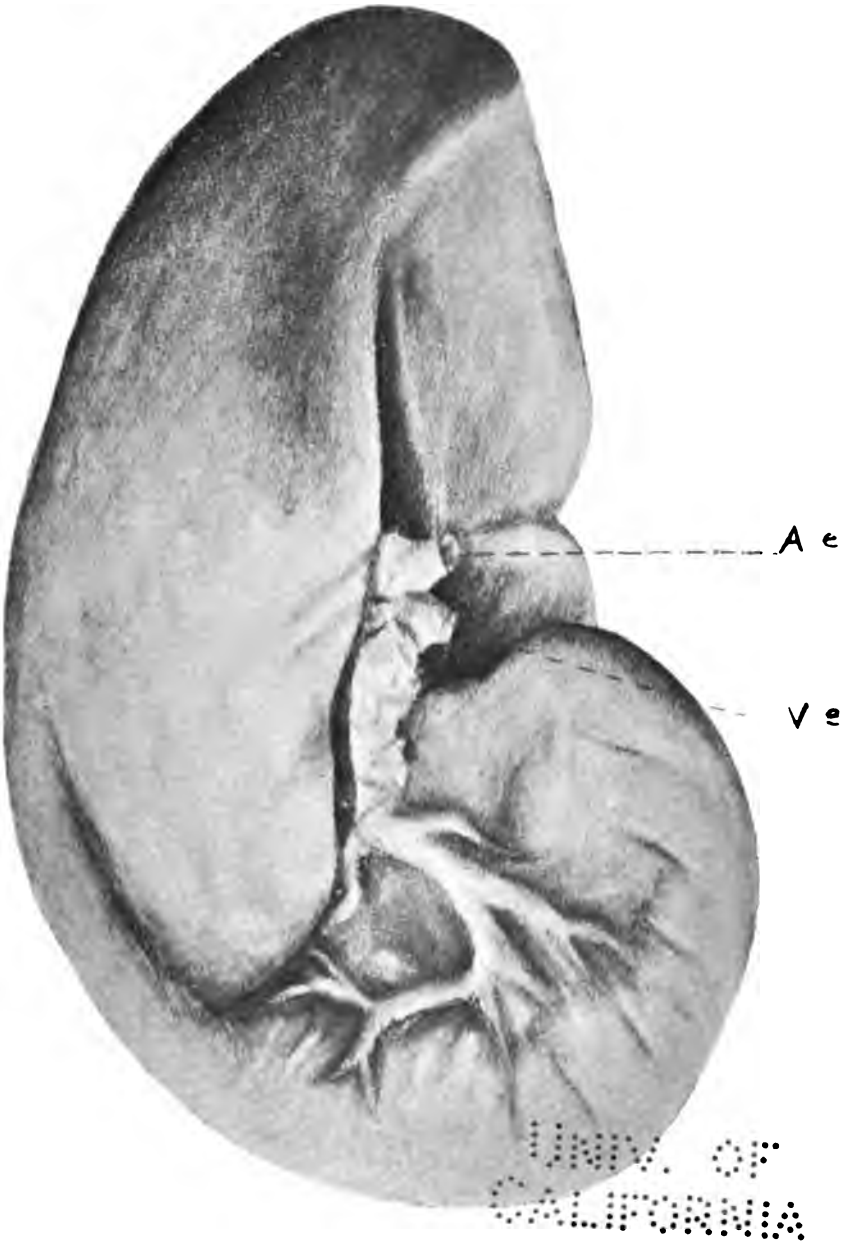


BAZO PALÚDICO (CARA DIAFRAGMÁTICA)

(De fotografía - Mitad del tamaño natural).

Imp. Art. José Blass y Cía., San Mateo, 1. Madrid

UNIV. OF
CALIFORNIA



UNIV. OF CALIFORNIA

BAZO PALÚDICO (CARA GÁSTRICA)

(De fotografía. - Mitad del tamaño natural).

Ae, Arteria esplénica.
Ve, Vena esplénica.

Imp. Art. José Blass y Cía. - San Mateo, 1, Madrid

tica presentaba una impresión reticulada en toda ella, como si hubiese estado descansando sobre una red de malla entrefina; la cara opuesta presentaba múltiples lobulaciones, limitadas por gruesas venas; los vasos del hilio tenían el calibre de la ilíaca primitiva; su borde posterior se había plegado sobre el hilio por la resistencia que le oponía el plano muscular del hipocondrio izquierdo y el segmento izquierdo ó externo, en su crecimiento en la cavidad abdominal, había tomado la forma curva tan pronunciada que presenta, por descansar sobre el plano óseo anterior de la pelvis; sus dimensiones son las siguientes:

Longitud.....	32 centímetros.
Ancho.....	20 »
Espesor máximo.....	13 »
Peso.....	3,250 gramos.

En este bazo no existía el ligamento espleno-cólico; del freno-esplénico se vieron vestigios de él en la cara diafragmática, y como presumimos, no tenía ninguna adherencia con las vísceras abdominales.

El curso postoperatorio no ha ofrecido más incidencia que una gastroenterocolitis aguda, producida por el exceso de alimento que la buena mujer acumuló en su estómago en el deseo inmoderado de satisfacer el apetito que se le despertara, y que no sentía desde hacía veinte años, según confesión propia. Fué dada de alta, y las noticias que tengo de ella son satisfactorias.

No ofenderé la cultura de los lectores detallando algunos de los tiempos de la operación, que no ofrece nada de particular, fuera de aquellos casos en que hay adherencias más ó menos extensas, y en los cuales, con un poco de cuidado, pueden sortearse las dificultades que se presenten.

Pero no dejaré pasar en silencio algunas consideraciones que me sugiere el presente caso clínico, porque entraña un problema interesante.

Las modificaciones de la sangre en los enfermos palúdicos se resumen: en un descenso de la cifra de la hemoglobina, en una leucocitosis linfocítica tardía y en una leucocitosis eosinófila moderada. Pues bien: después de la esplenectomía es constante el aumento del número de glóbulos blancos y rojos, á tal punto el de estos últimos que de dos millones y fracción por milímetro cúbico que suelen tener estos enfermos antes de la esplenectomía, pasa á cuatro ó cinco millones uno ó dos meses más tarde. Con esto se demuestra que la operación actúa por modo favorable sobre la anemia palúdica, y que la hematopoyesis no sufre alteración porque se extirpe el bazo.

Infiérese más aún: que en la lucha de los glóbulos blancos y rojos contra los hemamibos, el bazo sirve como de reservorio ó almacén á éstos, y que á medida que éstos aumentan, el bazo experimenta una hipertrofia que es como un fenómeno de defensa orgánica, puesto que allí quedan como encerrados los hematozoarios, pero que á la vez se constituye en un foco de infección ó de dispersión, cuando, como hemos indicado más arriba, una causa que actúe sobre él hace que se desparramen por el organismo los gérmenes que allí acumulados, como por efecto de filtración, parecían dormir. Y he ahí cómo la extirpación del bazo lleva consigo varios resultados terapéuticos importantes: eliminación de una sola vez de la mayor suma de gérmenes, eliminación de una causa de repetición de los accesos y el favorecimiento de la producción de glóbulos blancos y rojos en los órganos hematopoyéticos que quedan en el organismo, y cuya producción no se encontrará contrarrestada por el enorme número de hematozoarios acumulados en el bazo.

*
* *

Pasando á otro orden de ideas, recordaré brevemente las relaciones que existen entre el paludismo y el embarazo.

Hase afirmado por algunos observadores la frecuencia del aborto y el parto prematuro en las mujeres atacadas de paludismo, hecho, por lo demás, señalado ya por Hipócrates como una de las consecuencias de la caquexia palustre.

Registrando la literatura médica, encuentro en el *Tratado del paludismo*, de Laveran (1907), recopilados los siguientes datos:

En las Indias inglesas, contra 58 partos á término hay 28 abortos, ó sea un 46,6 por 100; mientras que en Inglaterra, contra 56 partos á término no hay más que 2 abortos, ó sea un 3,56 por 100 (A. F. Weatherly).

Sereni ha registrado en el hospital de San Juan de Letrán, en Roma, donde están hospitalizadas la mayor parte de las mujeres embarazadas de la campiña romana, la influencia del paludismo sobre la evolución del embarazo. En 51 mujeres observadas, en 18 solamente ha llegado su embarazo á término; 29 han parido prematuramente, y 4 han abortado. En lo que concierne á los fetos, 10 nacieron muertos, 3 sucumbieron á poco de nacer y 38 sobrevivieron.

En el último trimestre del año 1888 tuve ocasión de asistir en la provincia de Nueva Écija, situada en la isla de Luzón, del archipiélago magallánico, á unos 600 palúdicos; de entre éstos, todas las embarazadas que traté abortaron ó parieron prematuramente, y algunas de ellas perdieron la vida. Sabido es que las epidemias palú-

dicas en los países tropicales ó intertropicales son un terrible azote por la virulencia que revisten las infecciones.

Malugenko ha publicado la observación de una mujer de veinticinco años, atacada de paludismo desde los diez, y de la cual todos los embarazos—que fueron seis—terminaron con la expulsión de fetos muertos y monstruosos.

Con estos datos á la vista, bien podemos decir que nuestra enferma ha sido afortunada, á pesar de padecer de paludismo desde los cuatro años y de vivir en una región donde existe la endemia palustre, puesto que no ha tenido ningún aborto, sus tres partos han sido normales, con la única particularidad de perder bastante sangre en los alumbramientos, y ha podido criar bien á sus hijos. La hemos examinado en Diciembre pasado: su salud es buena, y ha ganado en peso, en seis meses, unos ocho kilogramos.

OTITIS EXTERNA DIFUSA

Por el Doctor Juventino Morales Lahoz
Del Instituto Rubio.

Etiología.—Es enfermedad de todas las edades, frecuente en los niños, y pueden padecerla hasta los recién nacidos. Las causas pueden ser varias; en algunos niños, la sola salida de los dientes puede provocar un ataque de otitis externa. Otras veces suelen originarla los traumatismos, la instilación de líquidos con demasiada fuerza ó que sean demasiado cáusticos, la introducción de cuerpos extraños; pero una de las causas más frecuentes suele ser la repetida introducción en el oído de instrumentos poco asépticos (costumbre que tienen algunas personas con el fin de limpiar su conducto). Puede ser también debida, siquiera obren como causa predisponente, á algunas fiebres eruptivas (viruela, escarlatina, sarampión, erisipela), que determinan la descamación de la epidermis, quitando así la defensa á la entrada de los microbios que viven en la superficie de la piel. El mismo papel predisponente ejerce el eczema.

Sintomatología. — Los síntomas del principio son: sensación de picor, sequedad, calor en el oído; el enfermo siente necesidad de rascarse, y al hacerlo llega á tener dolor, que es análogo al de quemadura; dolor que se manifiesta en forma de lancetazos, se hace pungitivo y, ganando en profundidad, se irradia á la mitad correspondiente de la cabeza y á lo largo de la mandíbula. El enfermo pierde el sueño, está agitado y tiene zumbido de oídos. Estos síntomas dolorosos serán tanto más violentos cuanto más *profunda* se haya hecho la inflamación, y también por los movimientos de de-

glución, por la tos, movimientos del maxilar inferior y por el menor contacto con el pabellón, lo que dificulta el examen, pues la tracción del pabellón provoca gritos al enfermo.

El pabellón y entrada del meato externo pueden estar normales, lo mismo que el tímpano; pero lo más frecuente suele ser que estén tumefactos. La invasión del tímpano por la inflamación se traduce por abolición más ó menos completa de la audición. Si se consigue ver el fondo, hallamos que el tímpano está inyectado, es decir, que es asiento de una fuerte hiperemia; y el conducto tiene tan delgada su epidermis, que permite ver su vascularización.

Este período dura de dos á tres días, y luego disminuyen los síntomas dolorosos y se presenta un derrame seroso al principio, para terminar en purulento. El tímpano y revestimiento cutáneo son entonces asiento de una descamación abundante formada por laminillas blancuzcas y húmedas, laminillas que serán tanto más grandes cuanto más viva haya sido la reacción dolorosa.

El derrame puede desaparecer por completo, pero si se descuida el tratamiento puede entrar en la cronicidad con períodos de remisión y agravación.

Complicaciones. — Cuando la inflamación gana en profundidad puede llegar hasta atacar el periostio y capa superficial del hueso; la otitis entonces se hace cutáneo-perióstica, y la reacción dolorosa presenta una agudeza particular. Otras veces puede haber espesamiento del tímpano, esclerosándose, y su consecuencia será la sordera. También puede haber perforación del tímpano, y en tal caso hay miringitis.

Pronóstico.—La otitis externa, cuando es de forma ligera, es benigna, pero cuando se hace violenta puede dar lugar á las complicaciones más arriba enunciadas.

Variedades.—Puede ser la otitis circunscrita y difusa. La otitis circunscrita, que también se llama forúnculo simple y absceso del conducto, es fácil de diagnosticar; no así las otitis difusas de que venimos hablando; más que nada por la dificultad que su inflamación opone al reconocimiento.

Sin embargo, serán bastantes signos de diagnóstico muchas veces la localización de la tumoración, la infiltración, el dolor, el poder algunas veces tocar el forúnculo con el estilete; además, la supuración es mucho más rápida en la otitis difusa, por ser más superficial; en la circunscrita es más profunda, pues se halla en pleno dermis.

Tratamiento.—Una vez desarrollada la inflamación, no es conveniente apresurarse á dilatarla; antes bien, debe esperarse á que el contenido pueda ser extraído con facilidad. Deben aconsejarse

baños al oído. Se mandará al enfermo inclinar la cabeza hacia el lado sano, y enderezando la corvadura del conducto (dirigiendo con suavidad el pabellón hacia arriba y atrás), se derrama en el oído una solución caliente de ácido bórico, á la que podrá añadirse alcohol de 90°. También se aconsejan pomadas ó glicerina con antisépticos (ácido fénico, resorcina, óxido de zinc, etc.). En caso de ser dolorosa, se añadirá á la fórmula un poco de clorhidrato de cocaína. Para evitar las recidivas, se harán durante quince ó veinte días baños al oído de quince minutos de duración, con soluciones alcohólicas en que éntre el ácido salicílico.

D.e

Acido salicílico.....		0,20	gramos.
» bórico.....		10	»
Alcohol absoluto.....	aa.	20	»
Agua hervida.....			

Mézclese para instilaciones en el oído.

Por medio de esta solución se provoca una descamación epitelial. Es conveniente que el enfermo se reconozca el oído por lo menos una vez por semana durante dos ó tres meses, á fin de hacerle una instilación, puesto que es necesario que su oído sufra varias descamaciones, que impedirán una recidiva.

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

RESUMEN PRÁCTICO DE ELECTROTERAPIA

GUÍA CLÍNICA DE LOS DIVERSOS PROCEDIMIENTOS DE APLICACIÓN DE LA ELECTRICIDAD

POR EL DR. E. VILCHES
Profesor de Neurología del Instituto Rubio.

II.—Depilación electrolítica.

Este asunto, al parecer trivial, tiene en ocasiones tanta importancia en la práctica de la profesión, principalmente cuando se trata de mujeres jóvenes que ven menospreciada su belleza por el crecimiento de abundantes pelos en aquellas regiones del rostro en que por natural disposición lo presenta el sexo masculino, que el problema es indeclinable para el práctico, y el imperio de la natural coquetería de la mujer se impone avasallador ante la necesidad de remediar el mal.

De aquí que, dejando á un lado el empleo de las diversas sustancias que desde tiempo inmemorial se vienen recomendando para destruir ó hacer caer los importunos pelos, y que, á pesar de su moderno perfeccionamiento, estos depilatorios, cuando no perjudican, no tienen otro resultado sino convertir en verdadera barba, al poco tiempo, lo que sólo era un bozo más ó menos visible, hubo que discurrir la manera de hacerlos desaparecer en definitiva y sin peligro alguno para la integridad de la delicada piel del rostro femenino. Esto se ha llegado á lograr por medio de la acción electrolítica de la corriente galvánica, procedimiento que se viene usando desde hace bastantes años en el extranjero y que en España era casi desconocido su empleo hasta hace bien poco, á causa del tardío desarrollo que en general han tenido en nuestro país todas las prácticas electroterápicas.

La *hipertricosis* sabemos que se presenta en la mujer á veces como un trastorno de la época de la menopausia, siendo entonces raro que reclame el tratamiento radical; pero también se presenta muy frecuentemente en la época de la pubertad, y á veces hacia los treinta años en las mujeres solteras, y en ocasiones, como antes decimos, el desarrollo de la hipertricosis es imputable al abuso de los depilatorios, que convierten en pelos adultos los que no hubieran pasado, en otro caso, de un desarrollo relativamente tolerable.

Como, no obstante, el procedimiento electrolítico tiene en su contra el largo tiempo que se necesita para limpiar de pelos las regiones del rostro que los tienen en abundancia, sería el desiderátum hallar un medio que de una vez y sin riesgo los hiciera desaparecer para siempre. Esto es lo que en la actualidad se pretende haber encontrado en la radioterapia. En efecto, nada tan cómodo y sencillo como llevar la irradiación sobre las diferentes regiones cubiertas de pelos, obrando al mismo tiempo sobre todos ellos, grandes y pequeños, en comparación con la pesadez y lentitud de ir electrolizándolos uno á uno.

El tratamiento radioterápico de la hipertricosis nació en la mente de los prácticos ante la observación de la caída de los cabellos y de la barba por efecto de una ó varias exposiciones de estas partes á los rayos Röntgen. Poco á poco han ido encariñándose con este tratamiento algunos autores, y preciso es que nos detengamos un poco en el estudio de la técnica por ellos indicada y en la apreciación de los resultados y consecuencias de estas aplicaciones para deducir si efectivamente es éste el tratamiento ideal de la hipertricosis, y hay que desechar á segundo término el clásico, digámoslo así, de la electrolisis.

Sin necesidad de hacer una descripción minuciosa de cada una de las técnicas que se describen, dividiremos el procedimiento radioterápico en dos métodos generales á que aquéllas vienen á quedar reducidas: el de las radiaciones débiles y repetidas, seguido por Schiff y Freund, Belot, Albert Weil y otros, y el de las intensas y reducidas á una sola sesión para cada una de las regiones afectas de hipertricosis, ideado y preconizado con entusiasmo por el eminente electroterapeuta H. Bordier.

El primer método, de las radiaciones débiles y repetidas, necesita tanto tiempo para llegar al resultado apetecido y hay que guardar tan largos intervalos entre una y otra serie de sesiones, que el mismo Freund confiesa que la mayor parte de los pacientes abandonan el tratamiento á la mitad de la cura. Además, este procedimiento llega al fin á librar á las *desventuradas* clientes de su molesta afección haciéndoles la existencia soportable, pero á veces ¡á qué precio! Una atrofia de la piel que se produce lentamente y una telangiectasia más ó menos marcada pueden sobrevenir, dejando la piel del rostro desfigurada para siempre, en condiciones mil veces peores que con su primitiva afección. El mismo autor antes citado no puede por menos de decir que estos peligros son posibles, aunque no seguros.

¿Y qué diremos del segundo método de los indicados, ó sea el tan ponderado de Bordier? Este merece que apuntemos algunos más de-

talles de su técnica para que resalten más vivamente las audacias á que nos conducen muchas veces las ansias de innovaciones.

El autor inspira su procedimiento en la necesidad de reducir lo más posible el tiempo de la cura radical de la hipertricosis, y para ello se vale de una radiación intensa, de la que basta una sola sesión para cada una de las regiones en que divide la cara, dos laterales y una el mentón, y ofrece como garantía de inocuidad la exactitud en las medidas, que permite el cromo-radiómetro de su invención para dosificar las radiaciones.

He aquí cómo procede: después de un verdadero blindaje de todas las porciones del rostro sobre las que no deben obrar los rayos, coloca sobre la piel la pastilla de platinocianuro, y dispone la ampolla de manera que el anticatodo venga á quedar á una distancia de 20 á 22 centímetros de la región.

La dosis empleada, punto que, según el autor, constituye lo más importante de la técnica, ha sido la correspondiente á 6 ó 7 unidades I, que es la que produce el viraje del platinocianuro á una coloración semejante al número 2 del cromo-radiómetro. El tiempo necesario, con una buena instalación, varía de quince á veinte minutos.

Veamos ahora lo que sucede. Por el momento, nada: una simple tumefacción de la piel que, aunque en algunos sujetos es muy marcada, se desvanece en uno ó dos días. La cara se queda completamente normal, y nada puede indicar la violentísima reacción que se prepara. A los diez ó doce días de la aplicación, por regla general, empieza ésta: la piel se enrojece, se tumefacta de nuevo considerablemente, se resquebraja; la vesicación aparece, y un flujo á menudo abundante destila por debajo de las costras formadas. Tal es el cuadro, según las mismas palabras del autor. Este prescribe entonces á los pacientes lavados con una solución de oxicianuro de mercurio, y la prohibición de salir (buen cuidado tendrán ellos) mientras dure la radiodermitis así provocada. Esta tarda, cuando menos, un mes en desaparecer, marchando bien las cosas; las costras acaban por secarse y caen, dejando en su lugar una piel fina, sonrosada y desprovista de pelos, y pasadas algunas semanas más presenta un aspecto completamente normal.

Pero he aquí que á los dos meses próximamente de este episodio comienzan á aparecer aquí y allá algunos pelos que, bien por tener su folículo situado á más profundidad, ó ser ellos de mayor resistencia, no fueron destruídos definitivamente, y entonces hay que recurrir á la aguja para hacerlos desaparecer por la electrolisis. En los casos tratados por Bordier bastaron cuatro ó cinco sesiones con este objeto. Mas hay que advertir que esta electrolisis es mucho más di-

fícil de hacer que la que se practica sobre pelos normales, pues el conducto piloso, en virtud del trabajo inflamatorio de la piel, se halla obturado por completo, y la aguja, por fina que sea, no penetra sino con grandísima dificultad.

Tal es la técnica del famoso método abreviado de las radiaciones intensas. Por lo pronto, vemos que ni es tan rápido, puesto que exige algunos meses para llegar al resultado final, ni mucho menos está exento de inconvenientes graves que, en nuestro concepto, deben mirarse con algún mayor detenimiento antes de exponer á ellos á los enfermos. Además de los sufrimientos que deben producir esas radiodermitis bastante formales de la cara, ¿quién puede asegurarnos que siempre han de quedar circunscritas á límites prudentes y compatibles con una restitución normal de la piel? ¿Qué podemos hacer para ofrecer esa garantía? Nada absolutamente.

La dosificación de las radiaciones, por muy perfecto que sea el procedimiento del cromo-radiómetro del autor, no puede darnos aún absoluta seguridad, porque es asunto que sólo una larga experiencia y sucesivos perfeccionamientos podrán resolver; pero hay otro factor que no se tiene en cuenta, y es la susceptibilidad individual, la resistencia mayor ó menor de los tejidos á las radiaciones, las disposiciones humorales, las diátesis, etc. Todos hemos visto los efectos producidos por los rayos X sobre la piel por radiaciones de poca intensidad, con las que se ocasionaban lesiones notables en ciertos individuos, y en cambio otros soportan radiaciones intensas, y llegan hasta á depilarse, como lo hemos observado nosotros, sin que apareciese por ninguna parte la radiodermitis. Por eso aconsejan aún muchos prácticos proceder por tanteos al principio de las aplicaciones radioterápicas, sobre todo cuando se opera sobre regiones delicadas, y á despecho de todos los radiómetros y demás medios de dosificación conocidos hasta hoy.

Pero hay más: el mismo Bordier hace constar, como observaciones no consignadas hasta ahora por nadie, que cuando se emplea un tratamiento radioterápico que necesita de siete á ocho unidades I, al mismo tiempo que se destruyen los folículos pilosos, quedan igualmente muertas todas las glándulas de la piel, sebáceas y sudoríparas. Así, pues, los sujetos que al fin se ven libres de sus pelos quedan con su piel completamente seca, desprovista de esa película grasosa segregada normalmente por las glándulas sebáceas, y aun durante los más fuertes calores jamás se cubre de sudor. Y es curiosa la argumentación que se emplea para quitar importancia á la falta de estas interesantes funciones de la cubierta cutánea. La primera, ó sea la falta de la grasa, la suplen bien las mujeres con cremas y untos de todas clases, y la segunda, la falta de transpira-

ción y supresión del sudor, es despreciable, si se compara la corta extensión de la superficie afecta, unos cuatro decímetros cuadrados, con la totalidad de la piel que queda sana en el resto del cuerpo, 180 á 200 centímetros cuadrados, la cual puede suplir perfectamente la función suprimida de la primera para los efectos generales de la calorificación. Y, por último, que ningún enfermo se ha lamentado de este defecto. Como se ve, para nada se tiene en cuenta la vida local de la piel afecta, y para la cual puede ser, en nuestro concepto, de graves consecuencias, principalmente en algunas circunstancias, la pérdida de las referidas funciones.

En cuanto á los resultados estéticos obtenidos con este procedimiento, por muy perfectos que sean, según afirma Bordier, no pueden, en nuestro concepto, serlo tanto como los obtenidos por el método electrolítico, pues aquí queda la piel intacta desde el principio hasta el fin del tratamiento.

Basta con lo dicho para comprender que no debemos admitir el procedimiento de las radiaciones intensas como método general para la depilación de la cara, y por nuestra parte nos guardaríamos bien de exponer á una paciente á las consecuencias de una radiodermitis intensa, por muy remoto que fuera este peligro.

Quédanos, pues, el método electrolítico como el único aceptable en la actualidad para obtener una depilación perfecta y definitiva, sin el más ligero riesgo para la estética de las enfermas, que es, en suma, el exclusivo fin que persiguen.

Puedo asegurar que la práctica demuestra que el procedimiento no es tan penoso para el sujeto ni para el operador como á primera vista parece. Una vez adquirido el hábito, que se consigue á las dos ó tres sesiones, se practica con gran facilidad y rapidez, y el único cuidado especial que requiere es la buena disposición y manejo de los aparatos eléctricos.

Antes de cada aplicación debe procederse á la limpieza y desinfección de la parte que se va á depilar, por medio de una sustancia cualquiera antiséptica no irritante, por ejemplo, una solución al 1 por 2.000 de sublimado, y previa la asepsia de la aguja, se introduce ésta en el conducto piloso, cuidando seguir la dirección del mismo, que generalmente nos la indica la orientación del pelo.

Las agujas deben ser de platino. Algunos autores las usan de acero (Bergonié, Debedat, Hayes); pero las de platino, cuando menos, tienen la ventaja de ser mucho más duraderas, si bien son muy caras. No deben ser rectas, sino encorvadas en ángulo de 90°, pues esta disposición facilita notablemente su manejo. Deben estar recubiertas de un barniz aislador hasta unos dos ó tres milímetros de su punta, á cuya distancia ó poco más llevan algunas un pequeño ro-

dete que les sirve de tope, á fin de que no puedan penetrar á mayor profundidad de la debida. Esta disposición utilizada por Brocq no es necesaria, según he podido comprobar, para una buena práctica, y además, á veces hay que introducir la aguja más ó menos, según la distancia á que se halla situado el bulbo de la superficie de la piel. Debe penetrar la aguja hasta el fondo del folículo, al que se conoce haber llegado por una sensación particular que la práctica nos hace apreciar perfectamente. La aguja va unida al catodo. El anodo se coloca en la nuca, en lo cual he hallado siempre ventaja sobre la costumbre muy general de colocarle en la mano, pues al disminuir todo lo posible la resistencia se necesita mucho menos voltaje, y se asegura la constancia de la corriente.

Una vez colocada la aguja, se pone en movimiento el reostato hasta que el galvanómetro marque de 4 á 6 m. a., cuya intensidad es suficiente; se sostiene durante quince á veinte segundos próximamente, y se hace cesar con lentitud hasta 0. Cuando la operación está bien hecha, se ve aparecer entre la aguja y la entrada del folículo una pequeña burbujita que indica, según Brocq, que la destrucción del bulbo se ha consumado. No obstante, muchas veces hemos visto la ausencia de esta burbujita, sin que por eso deje de haber sido eficaz la operación.

Terminada ésta, se coge el pelo con una pinza adecuada, y se desprende sin ejercer la menor tracción. Otras veces el pelo se resiste á salir, en cuyo caso no se debe tirar, sino dejarlo, hasta que pasadas unas horas se extrae ya fácilmente, ó bien él solo se desprende.

Las sesiones no pueden ser muy largas, pues el brazo del operador se fatiga y el pulso pierde su firmeza; así es que, salvo casos especiales, no deben durar más de treinta á cuarenta minutos. Brocq dice que extrae 50 pelos en una hora; yo no he llegado nunca á ese número; pero no niego la posibilidad de ello, y mucho menos por manos tan hábiles como las del inventor del método.

Aunque nada dicen los autores que se han ocupado de la depilación respecto á la conveniencia de auxiliarse de una lente amplificadora para la colocación de la aguja, creemos que, por muy perfecta que sea la función visual del operador, debe siempre servirse de ella, pues se trata de sujetos de piel fina, de pelos y folículos muy pequeños, y la claridad con que se ven por medio de la lente simplifica de tal modo la operación facilitando la introducción acertada de la aguja, que yo no sabría pasarme sin ella, y creo debe aconsejarse como un punto esencial de la técnica.

Por muy bien que se haga una depilación electrolítica, hay siempre un cierto número de pelos que retoñan, y hay, por consiguiente,

que operar por segunda vez. Este número es generalmente muy reducido, y puede calcularse sobre poco más ó menos en un 2 á 3 por 100. Esta circunstancia depende de dos causas: la primera es por un defecto de técnica, y la segunda, según ha hecho observar Dubreuilt, es debida á que operamos sobre un pelo muerto. Cuando un pelo ha llegado al término de su crecimiento, su papila se atrofia, su bulbo se transforma en un botón globuloso, duro y córneo, y es gradualmente expulsado por la retracción del folículo hasta cerca de su orificio epidérmico, donde permanece hasta que es reemplazado por otro pelo formado en el fondo del mismo folículo. El pelo cuyo bulbo está lleno no se prolonga más, pero está adherente como un pelo sano, porque es fijado por la queratinización de la vaina epitelial. Al ir á electrolizar uno de estos pelos la aguja experimenta gran dificultad en su penetración, ó bien sólo penetra á muy poca profundidad, y después del paso de la corriente ofrece aún el pelo gran resistencia á ser arrancado. Es, pues, ventajoso conocer estos pelos, á fin de no perder el tiempo con ellos, y para esto aconseja el autor cortar todos los pelos á pocos milímetros de longitud, una ó dos semanas antes de empezar la depilación en una región, y no electrolizar más que aquellos que hayan crecido en este tiempo, que son seguramente los que viven. Aquellos que no han aumentado de longitud se limita á arrancarlos con la pinza, para limpiar el terreno y dar lugar á que brote el pelo joven, que después se opera con toda seguridad de éxito.

Una de las cosas que más tiempo hace gastar en el procedimiento descrito para la depilación electrolítica es la manipulación del reostato ó colector para dar paso ó hacer cesar la corriente; y con el objeto de abreviar todo lo posible el acto operatorio, se puede, efectivamente, como hacen algunos prácticos, graduar el reostato de antemano para obtener la intensidad requerida, y por medio de un interruptor que puede llevar el mismo mango porta-agujas, establecer y cortar la corriente en el momento necesario. Pero este proceder raras veces puede emplearse, pues los enfermos no suelen tolerar esa pequeña sacudida galvánica, y sufren un estremecimiento que en muchas ocasiones hace salir la aguja ya introducida en el folículo.

Otra precaución que conviene tener en cuenta es la de no electrolizar dos pelos demasiado próximos, para que la irritación producida en el segundo no pueda sumarse á la del primero y dar origen á una pequeña escara. Asimismo debemos evitar la proximidad de un grano de acné ó pequeño forúnculo que pudiera existir en la región.

Respecto al modo de acción de la electrolisis para producir la

caída definitiva de los pelos, es fácil explicarla, recordando que bajo el catodo se desprenden los aniones, y, por consiguiente, que el hidrógeno y los álcalis que quedan en libertad en la extremidad de la aguja, al obrar sobre el bulbo piloso producen la destrucción de los elementos constitutivos, desapareciendo, por consiguiente, su función tricógena.

Bajo el punto de vista estético, la depilación electrolítica es completamente inofensiva. Una vez terminada la operación, se observa una inflamación ligera en todo el contorno del folículo, y en su orificio, después de extraído el pelo, puede quedar una pequeñísima costra; pero todo va desapareciendo lentamente; y á los pocos días es ya imposible conocer el punto operado.

Después de cada sesión debe, no obstante, recomendarse la aplicación de alguna sustancia ligeramente astringente y antiséptica, á fin de acelerar la restitución de la normalidad de los tejidos y prevenir todo riesgo, por remoto que sea, de infección. La crema de hacelina es un excelente preparado que puede cumplir perfectamente estos fines.

EMBARAZO EXTRAUTERINO

Por el Dr. Policarpo Lizcano
Del Instituto Rubio,
y Jefe de la consulta de Ginecología de la Casa de Socorro de la Inclusa.

(CONTINUACIÓN)

Al efectuarse el aborto ó rotura, total ó parcialmente, puede transportarse el huevo desde la tuba al peritoneo ó tejido celular sub-peritoneal, dando origen á distintas variedades de embarazo ectópico.

Embarazo intersticial ó tubo-uterino, que se hace uterino en su evolución, ó aborta, confundiéndose con un aborto uterino. Cuando el embarazo intersticial está más cerca de la superficie peritoneal ofrece los caracteres del tubárico, con la diferencia que la rotura suele ser más tardía, pero más grave; generalmente, es intraperitoneal.

La transplantación en el embarazo tubo-ovárico ó abdominal se verifica silenciosamente, y si la placenta se inserta en el peritoneo, sin producir grandes hemorragias. Durante este desarrollo secundario, puede ocurrir la rotura del quiste fetal, rotura excepcional si se compara con la rotura precoz de la tuba, antes de la 12.ª ó de la 14.ª semana.

Quiste fetal.—Si ningún accidente perturba la gestación, llega á

su término el embarazo, el feto muere encerrado en su cavidad, quedando así constituído el *quiste fetal*. En este caso, el feto sufre distintas transformaciones. Se reabsorbe el amnios, lo que disminuye rápidamente el volumen del quiste y endurece el tumor. El quiste raras veces sufre la infiltración calcárea de sus cubiertas y del feto mismo, en parte cutánea, convirtiéndose en cuerpo duro y petroso, *litopedion*, que conserva á veces la forma de momia.

Otras veces, las partes blandas se convierten en una sustancia blanda y homogénea parecida á la grasa, *adipocire*.

El *litopedion* tarda mucho en formarse, meses y años; por lo común, es bien tolerado. Uno duró diez y ocho años, durante los cuales tuvo la enferma seis embarazos normales y á término feliz.

También se han observado casos de *conservación integral* del huevo, como el referido por Sappey, en que el feto permaneció cincuenta y seis años en el abdomen de su madre, y en la autopsia parecía muerto recientemente.

La terminación mucho más frecuente de los *quistes fetales* es la infección y supuración consecutiva, originada por el *coli-bacilus* generalmente. Estos focos purulentos se abren en distintos puntos, pudiendo eliminar todo el contenido fetal y curarse, ó restar fístulas inagotables que acaban por último con las enfermas.

Parry, en 248 casos de esta especie, consigna 65 en que tuvo lugar la abertura por el recto, 40 por el abdomen, 12 por la vagina, 9 en la vejiga urinaria y los demás en sitios múltiples.

SÍNTOMAS

La sintomatología de la gestación ectópica es muy vaga y variada, fecunda en incidentes; rara vez evoluciona absolutamente lo mismo que en el embarazo normal, y cuando alcanza el final de la gestación, la mujer se extraña al verse con dolores análogos á los de parto (falso trabajo), y sin embargo, no percibe los fenómenos característicos del alumbramiento normal. Otras veces consulta al médico porque ha dejado de sentir los movimientos activos del feto, ó bien porque, transcurrido el tiempo normal de duración del embarazo, continúa sin preludios de alumbramiento; por el contrario, al principio de una gestación penosa, pero considerada normal, nota la mujer de repente un dolor vivo en el abdomen, con fenómenos generales graves, á los que sucumbe en algunas horas.

El síndrome de la gestación ectópica, aunque muy variado, existe, y con caracteres á veces de un valor diagnóstico indiscutible. Otras veces la *casualidad* es la que descubre en el curso de una operación de vientre la presencia de un embarazo extrauterino.

Síntomas en la primera mitad del embarazo.—Se dice que á la gestación ectópica suele preceder un período de esterilidad; pero multitud de observaciones demuestran que subsigue de cerca á un parto normal, y los casos de primerizas hacen perder también importancia al dato mencionado. La enferma suele sospechar el embarazo por algún síntoma habitual ó por fenómenos simpáticos.

Con todos ó algunos signos funcionales de la preñez normal, al final del primer mes comienzan los primeros accidentes y desórdenes, generalmente fenómenos peritoníticos y perturbaciones vesicales é intestinales.

Amenorrea.—Suele faltar la regla un mes; á veces sólo existe un *retraso* del período menstrual, y ocurren casos en que aparecen los trastornos menstruales durante el primer mes de la gestación, es decir, sin poder contar con el dato de una *falta,* ó por lo menos un *retraso* del período.

De todos modos, salvo los raros casos en que el embarazo no produce accidentes y persiste la amenorrea, ésta es reemplazada en el transcurso del segundo mes por pérdidas sanguíneas, metrorragias erráticas, que aparecen á intervalos irregulares.

La *hemorragia* es un signo casi constante de la gestación tubaria, dijo el célebre Barnes. Con frecuencia la metrorragia es poco abundante, pero continua, persistente, que ni cede al reposo ni á los medicamentos. De color más ó menos modificado, pero generalmente parecido al chocolate, con pequeños coágulos; otras veces el color de la sangre es rojo vivo, sale en gran cantidad de los genitales, coincidiendo entonces con la expulsión de la caduca.

Se limita en otros casos, en el momento que corresponde la primera y segunda regla, á una menorragia con dolores, peritonismo y malestar general.

La hemorragia genital constituye un signo importante, algunas veces patognomónico del embarazo extrauterino. No existe éste sin que se observe modificación en las reglas; hay que preguntar cuidadosamente á las enfermas, y de su interrogatorio siempre se obtendrá la noticia de un retardo, una supresión completa en las reglas. Sobreviene á continuación una pequeña hemorragia, ó derrame sanguíneo prolongado, continuo; otras veces aparece, después de una ó dos *faltas,* y acompañada de una sensación de rotura, abundante hemorragia, que con los fenómenos peritoneales graves que sobrevienen, no cabe pensar en otra cosa que en la ruptura posible de un embarazo tubario. Otra modalidad es la hemorragia interna, la que debe ser también considerada como signo de preñez ectópica detenida en su evolución por la rotura del huevo.

Esta hemorragia se acompaña de un síndrome brusco y muy grave (hematocele cataclísmico de Barnes).

Dolores.—Se quejan de dolores en el bajo vientre, fosas ilíacas, que vuelven á recrudecerse en las épocas catameniales, obligándolas á guardar cama. A veces los dolores son continuos, reveladores de peritonitis más ó menos pasajeras, febriles ó no. El dolor se exagera con la marcha, esfuerzos, etc.; y á menudo vuelve por accesos en forma de cólicos, con aceleración del pulso, pero sin elevarse la temperatura orgánica.

Expulsión de caduca.—Esta expulsión puede verificarse en los primeros meses, ó bien al fin, en el momento del falso parto, ó puede faltar en absoluto. El huevo puede continuar su desarrollo después de eliminar la caduca.

Reblandecimiento del cuello uterino.—El cuello se observa reblandecido y entreabierto casi siempre, aunque nunca tan acentuado como en el embarazo normal, desapareciendo un mes después de la muerte del feto.

Modificaciones del útero.—El útero se presenta aumentado de volumen y de consistencia más blanda que la normal; es algo doloroso á los movimientos; no toma el aspecto globuloso del útero grávido.

Tumor anexial.—En la zona periuterina se nota un pequeño tumor, formando cuerpo con la trompa, por fuera del ángulo del útero; tumor fusiforme ó esférico, de consistencia dura, á veces elástica, sensible, liso y bastante movible. Si el embrión ha muerto, el tumor salpingiano persiste sin notables variaciones; si, al contrario, continúa la preñez extrauterina, se puede comprobar, con algunos días de intervalo, que el tumor ha aumentado.

Con este cuadro, algún tanto vago, de fenómenos de gestación normal, *reglas retardadas ó disminuídas*, *dolores pelvianos*, *expulsión* de caduca, *metrorragias*, etc., el diagnóstico no es más que probable; pero á veces resulta muy difícil y generalmente imposible. La mayoría de casos pasan desapercibidos.

Mas como el embarazo se interrumpe bruscamente hacia el segundo ó tercer mes por desprendimiento del huevo (hematosalpinx, aborto) ó por rotura, á cuyos accidentes suelen acompañar síntomas que requieren la asistencia médica, entonces el cirujano plantea el problema diagnóstico para llenar debidamente las indicaciones terapéuticas, estudiando todos los antecedentes del mal, sin menospreciar el riguroso examen físico de la enferma, para conseguir sobreponerse á las dificultades que se oponen ordinariamente al conocimiento verdadero de la gestación tubaria.

El hematosalpinx, el aborto ó la ruptura, son las tres terminaciones, según Cestan, más frecuentes del embarazo tubario.

El *hematosalpinx* es la terminación más favorable; la hemorragia se limita al huevo, la trompa resiste, y sólo queda un coágulo adherente á sus paredes; es difícil á veces distinguirle del hematosalpinx común, aunque muchos creen que todos son debidos á un embarazo tubario. La amenorrea, la expulsión de una caduca, las pérdidas subsiguientes de sangre, irregulares, á veces abundantes, discontinuas, simulando un aborto con retención, dolores pélvicos poco intensos, localizados en un lado, en el que se notan los anejos aumentados de volumen, son signos propios del hematosalpinx consecutivo á gestación tubaria. Es el accidente más simple de la gestación tubaria, y puede curar espontáneamente por reabsorción de la sangre y huevo.

El *aborto* es la expulsión, algunas veces por el útero (muchos niegan el aborto tubo-uterino), lo más frecuente por el pabellón, total ó parcial del huevo desarrollado en la trompa. Si cae en el útero, aborto tubo-uterino; si en el peritoneo, aborto peritoneal, una de las causas del hematocele retro-uterino.

Un síntoma característico del aborto es un dolor agudo, vivo, lancinante, angustioso, en el bajo vientre, que á veces origina *síncopes*, otras vómitos con pulso frecuente, ofreciendo un cuadro sindrómico parecido al colapso, que por suerte se desvanece pronto (tres á ocho horas).

Si el huevo ha caído completo en el peritoneo, el cuadro anterior de síntomas graves no se repite, y al examen físico se observa una induración en el fondo recto-uterino, que desaparece por reabsorción de la sangre derramada y del huevo contenido en el coágulo. La enferma queda curada sin haberla muchas veces diagnosticado.

Si el huevo queda retenido en el oviducto ó el pabellón, el dolor agudo, los síncopes, etc., se repiten á intervalos irregulares todos los días, cada dos días ó más. A cada nueva hemorragia que invade el peritoneo se recrudecen los síntomas, y la enferma logra rehacerse, sin que por lo general caiga en colapso.

Pero estas hemorragias, temibles por su tenacidad y recidiva, repetidas en cada sucesivo desprendimiento de la placenta, aunque no sean muy abundantes, forman un tumor en el lado correspondiente con los caracteres del *hematocele*, apreciable por la exploración á partir del quinto al sexto día.

A veces después de algunos días de iniciado el aborto se desprende el huevo, atraviesa el pabellón y queda constituído el hematocele, que se reabsorbe y facilita la curación espontánea. Otras persiste la dolencia, repitiéndose los brotes hemorrágicos, y no queda otro recurso que intervenir quirúrgicamente.

Como síntomas auxiliares del diagnóstico existen las pérdidas san-

guíneas del útero, erráticas y no muy abundantes, y el análisis de la caduca expulsada ó extraída. El aborto tubario ocurre antes que se obture el pabellón, ó sea antes de la octava semana.

Rotura de la trompa grávida.—Es el accidente más serio y más frecuente; sobreviene más particularmente entre la cuarta y duodécima semana, inundándose de sangre el peritoneo: si éste se encuentra sano, nada se opone á la hemorragia; si está enfermo, atacado de paquiperitonitis, las falsas membranas constituyen un obstáculo al derrame y favorecen el enquistamiento.

Algunas veces la rotura se verifica en el momento que corresponde á la aparición de la segunda ó tercera regla.

FIG. 7.ª — Hematocele difuso.

Aunque la rotura puede tener lugar en cualquier época del embarazo, las estadísticas de Parry, Hennig y Maygrier señalan como más frecuente el espacio comprendido entre la octava y duodécima semana; es decir, entre el segundo y tercer mes.

La rotura intraperitoneal ocasiona síntomas de hemorragia interna, á veces fulminante, arrebatando á la enferma en unas cuantas horas.

Este ruidoso y alarmante accidente de la gestación ectópica va acompañado de dolor brusco, agudo, en el bajo vientre, de vómitos, palidez general, enfriamiento y síncopes; el pulso pequeño y frecuente, propio de las grandes hemorragias.

En efecto: el síndrome hematocélico tiene, por lo común, un principio brusco, dramático (Bernuts), y á veces con fenómenos tan inesperados y alarmantes que la enferma puede sucumbir en breves

momentos: hematocele cataclísmico de Barnes (fig. 7.ª). En medio de la salud más perfecta, con motivo de subir á un carruaje, ejecutar cualquier esfuerzo insignificante ó sin causa ocasional apreciable, la enferma siente un dolor intenso en el vientre, dolor cuya violencia le impide en absoluto toda clase de movimientos, sobreviniendo rápidamente todos los síntomas de la anemia aguda: síncopes, palidez de la piel y mucosas, sudor frío, pulso débil y frecuente, hipotermia, etc. Esta forma tan grave es excepcional, y resulta casi siempre de la ruptura de la trompa por preñez ectópica.

La enferma vuelve en sí, recobra la inteligencia, ceden los sudores, se levanta el pulso, pero persiste la decoloración de la piel y mucosas con signos de profundo decaimiento orgánico.

Si continúa la hemorragia, la palidez se acentúa, vuelve el pulso á debilitarse, los síncopes se repiten, cayendo de nuevo la enferma en inminente peligro. Otras veces resisten las enfermas estos graves ataques, pero pueden sucumbir á los sucesivos, que sobrevienen en los períodos menstruales siguientes.

Lo más general es que á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas se presenten los síntomas de reacción traumática: náuseas, vómitos, fiebre (38° á 38°,5), hinchazón de vientre, dolores, etc.

Los síntomas principales son la anemia, los dolores y la fiebre. Por efecto de la anemia existe anorexia, debilidad general, palpitaciones cardíacas, palidez, etc. Los dolores son intensos, constantes y rebeldes á la medicación narcótica. Se exacerban al andar, en el acto de la micción y defecación, y en todos los movimientos. Son debidos á la peritonitis y á las adherencias que ésta provoca con las asas intestinales, vejiga y útero, cuyos órganos las distienden en el acto de funcionar, ocasionando crisis dolorosas más ó menos violentas.

La fiebre es variable, pudiendo ser leve ó alcanzar los 40°, sin que haya supuración en el hematocele. Se atribuye á la reabsorción de la sangre y á la peritonitis que sucede á los derrames en la gran serosa.

Se interpreta como peritonitis de origen mecánico y en parte químico, menos en los casos que exista una verdadera infección de la serosa por gérmenes patógenos procedentes de lesiones anexiales.

El examen local revela la existencia de un derrame pelvioabdominal abundante, el útero aumentado de volumen, blando y entreabierto, y libres los fondos de saco vaginales. Conforme avanza el enquistamiento se observa un tumor pelviano, de volumen variable, pudiendo llegar hasta el ombligo; tumor al principio fluctuante, que se hace cada vez más consistente y que puede adquirir la dureza de un cuerpo fibroso.

Por el tacto vaginal se nota que el tumor llena el espacio recto-uterino, empujando el fondo de saco posterior hacia adelante; el cuello del útero se encuentra elevado, oculto detrás de la sínfisis, y el cuerpo rechazado hacia delante y fijo también al pubis. Es difícil precisar la verdadera situación del útero.

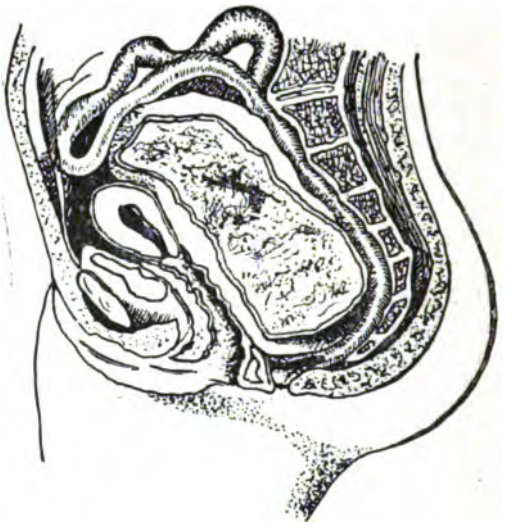


FIG. 8.ª — Hematocele retrouterino.

La consistencia de la tumoración que ocupa el espacio de Douglas es variable, irregular, blanda en unos puntos, más ó menos dura en otros. Cuanto más reciente es el hematocele, tanto más blando es; cuanto más antiguo, tanto más duro. La conversión del tumor de quístico en duro es patognomónica del hematocele.

El recto está desviado y comprimido por el tumor.

Aparte de la sensación de peso y plenitud que experimentan las enfermas en el hipogastrio, ofrecen el abdomen sensible á la presión y timpanizado.

Un síntoma muy frecuente son las hemorragias genitales: aparecen bruscamente después que las reglas han faltado una vez, más rara vez después de haber faltado dos períodos. La enferma, que se creía embarazada, supone que ha abortado, sobre todo cuando observa que durante los dolores expulsó residuos membranosos (caduca uterina).

La hemorragia no suele ser muy abundante, pero persiste por espacio de semanas y meses, cesando por algún tiempo para presentarse de nuevo.

La sangre tiene un color obscuro, pardo, mezclada con moco y viscosa.

El origen de esta hemorragia hay que buscarlo en la caduca uterina no expulsada, como en los abortos uterinos incompletos; contribuye á sostenerla la endometritis y subinvolución de la matriz, mantenidas por el éxtasis circulatorio que la compresión del hematocele produce sobre este órgano.

(Continuará.)

LOS NIÑOS MENTALMENTE ANORMALES

POR EL DR. ANTONIO MUT
Del Instituto Rubio.

La clasificación de los estudiantes mentalmente anormales está aún por hacer. Cada país, cada escuela ha hecho su clasificación particular. Kolle, por ejemplo, ha propuesto la nomenclatura siguiente: Primera categoría: *Idiotismo primitivo*, que comprende los *débiles* (con anomalías físicas, sin anomalías físicas); los *eréticos* (con debilidad física simple, con complicaciones físicas, con anomalías morales); los *apáticos* (con debilidad física simple, con complicación física, con anomalías morales).—Segunda categoría: *Débiles de espíritu* (las mismas divisiones que para la primera categoría). Tercera: *Idiotas* (con las mismas divisiones).—Cuarta: *Idiotismo secundario*. En Inglaterra, J. Warner distingue los débiles de espíritu, los imbéciles y los idiotas. En América, Shuttleworth comprende todos los anormales con el nombre de niños mentalmente *insuficientes*. En Bélgica y en Holanda, entienden por niños anormales los atacados de alteraciones de la palabra, los sordomudos, los ciegos y los atrasados. Estos últimos los dividen en atrasados *pedagógicos* y *medicales*. En Italia, Sante de Sanctis admite los débiles de espíritu ó los frenasténicos, entre los que admite los imbéciles, los deficientes y los tardíos. En Bruselas, M. Decroly enumera: los anormales por defecto físico, los anormales por déficit sensorial, los anormales por déficit intelectual, los anormales por déficit de las facultades afectivas, los ídem convulsivos, los ídem por el medio en que viven. Bourneville hace las siguientes categorías: idiotas absolutos, idiotas profundos, imbecilidad propiamente dicha, imbecilidad ligera (atraso intelectual), instabilidad mental, atrasados pedagógicos. Magnan los divide en idiotas, imbéciles, débiles de espíritu y degenerados simples. Esquirol, teniendo por criterio de la intelectualidad el lenguaje, clasifica así: 1.°, idiotas de primero, segundo y tercer grado, según que hablen ó no hablen nada; 2.°, imbéciles; 3.°, pobres ó débiles de espíritu. Bunge divide los degenerados en infer-

hombres, degenerados medios y superhombres. En el segundo grupo comprende los degenerados pedagógicamente anormales. Y así seguiríamos relatando divisiones y clasificaciones según el concepto ó criterio de cada sabio, desde la gloriosa figura de Seguin, en 1842, en Bicetre, y continuando con Saegort en Alemania, Guggenbühl en Suiza, Twining, Gas (Kell), Conelli en Inglaterra, etc., etc., sin hallar lo que ha pedido Ferrari en la *Rivista di Psicologia;* es decir, que se establezca de una manera precisa la nomenclatura de las formas de inferioridad mental.

A mi entender, sin embargo, creo que es posible aclarar un poco este punto, desbrozando el terreno de la maleza que lo oculta. Ante todo se debe hacer una perfecta separación entre los muchachos anormales de la mente y los anormales tributarios de un tratamiento exclusivamente médico; un niño puede encontrarse afecto del sistema nervioso, circulatorio, óseo, etc., y no presentar ninguna anomalía mental. De estos últimos no hay, por consiguiente, de qué ocuparse desde el punto de vista en que estamos colocados. Los anormales por déficit físico (mancos, etc.) y los anormales por déficit sensorial (ciegos, etc.) de la clasificación de M. le Dr. Decroly, deben desaparecer en absoluto de las categorías de los deficientes mentales, lo mismo que los sordomudos y otros defectuosos físicos. Después se precisa dividir los *anormales de la mente* en dos grandes categorías: 1.ª, *educables*; 2.ª, *ineducables*. Los idiotas y los imbéciles profundos pertenecen al segundo grupo. Pero estos desgraciados seres, ¿qué provecho pueden sacar del colegio? Para ellos el asilo donde se les atienda, cuide y vigile, es lo único necesario; sus anomalías son tan *masivas* ó *mayores*, según se dice, que resultan frecuentemente incurables. Quedan, en consecuencia, únicamente los atacados de anomalías *menores*; es decir, los educables, los que se pueden curar.

Ahora bien: conformes con los magistrales estudios de Ribot y de Payot, me parece que los débiles de la voluntad deben incluirse entre los niños anormales, y ya veremos por qué. Por otra parte, Bourneville describe en un mismo capitulo, confundiendo, á mi ver, diversas anomalías, *el atrasado*, *el instable* y *el asténico*. No; el atrasado es un tipo anormal perfectamente definido, fácil de diagnosticar y de distinguir. Se le ha llamado *imbecilidad ligera*, *retardado*, *débiles de espíritu, degenerado medio*, y está caracterizado, en esencia, por una deficiencia de *todas* sus facultades mentales. El instable, el inquieto, el irritable, el indisciplinado, es un enfermo de la voluntad por *exceso* de impulso. El asténico es un enfermo de la voluntad por *defecto* de impulso. Así que si yo me atreviera á clasificar los niños mentalmente anormales, educables, lo haría en esta

forma: 1.ª clase. Atrasado intelectual.—2.ª Débiles de la voluntad por defecto de impulso (asténicos, perezosos, indolentes, con ó sin anomalías morales).—3.ª Débiles de la voluntad por exceso de impulso (impulsivos, instables, indisciplinados, con ó sin anomalías morales).—4.ª Neurósicos (histeria, epilepsia).—5.ª Subnormales (disminuídos, pseudonormales, con ó sin anomalías morales).—6.ª Atrasados pedagógicos (de Bourneville).

Se observará que falta en este ensayo de clasificación un grupo exclusivo para los atacados de anomalías morales; pero es porque entiendo que estas alteraciones no van nunca solas, constituyendo una anormalidad separada, sino que se presentan conjuntamente, complicando ó agravando otras deficiencias. Por esto doy la razón á Bunge cuando dice que la psiquis del degenerado medio presenta inevitablemente la falta de sentido moral, lo que llama este autor *daltonismo moral.*

Cualquier atrasado ó débil de la voluntad puede ser al mismo tiempo mentiroso, cruel, cobarde, egoísta, pyrómano, kleptómano, irascible, sátiro, etc., etc., y lo corriente es que una ó varias de estas faltas de sentido moral acompañen á casi todos los anormales. Desde luego se comprende que no todos los niños encuentren su casilla en la anterior clasificación, porque puede haber, y los hay, que son atrasados é instables, subnormales é histéricos, etc., al mismo tiempo.

Y ahora copiaré íntegro de la obra de Bunge el «Registro» que se hace de cada alumno que ingresa en la Escuela de atrasados de Bruselas, con datos suministrados por la Escuela parroquial, los padres, la familia, los mismos niños y los que toman los médicos y profesores.

EXAMEN DE LOS ALUMNOS

Nombre y edad.
Vida escolar anterior.
Datos de la escuela anterior.
I.—Constitución médica.
II.—Caracteres exteriores.

a) — CARACTERES GENERALES

Pesado—ó no.
Cuidadoso—ó no.
Proporciones.

b) — CARACTERES DE LA FISONOMÍA

Joven.—Vieja.
Triste.—Alegre.
Falsa.—Abierta.
Fija.—Variable.

III.—Los padres.
IV.—Examen antropológico.
V.—Examen psíquico.

a) — INSTINTO

1. Alimentación... —¿El niño es voraz?
2. Instinto sexual. —Erotismo.
—Vicios.
3. Sociabilidad... —¿Es afectuoso de carácter?
—El niño, ¿se aísla?
—¿Es peleador?
—¿Es huraño?
—¿Es difícil?
—¿Cruel con los animales?
—¿Cómo trata á sus compañeros?
—¿Rompe, quiebra?
—¿Es hipócrita, mentiroso, decidido, autoritario?

b) — SENTIDOS

1. Músculos.—Sentido muscular. —Habilidad manual. Trabajo manual. Dibujo manual. — Dibujo. Escritura. Marcha regular. Actitud muscular, mientras el niño habla.
—¿Son regulares los movimientos generales del niño?
—Corea y tics.
—Dinamometría.
—Verificación del sentido muscular.
2. Vista..... —Estrabismo. Movimientos asociados de los dos ojos. Ojos. Nystagmus. Hippuis. Miopta. Presbicia. ¿Tiene ó no el iris coloración uniforme? ¿Son semejantes los dos iris? En caso de ptosis, determinar si hay ó no diferencia en la coloración. Telas. Colores. ¿Cuál es el color que prefiere el niño? ¿Distingue los colores del punto de vista cuantitativo?
3. Oído ..... —Audición. ¿Cuál es el mínimum? ¿Es capaz de diferenciar los sonidos? ¿Es sensible al ritmo? ¿Entonado?
4. Tacto..... —El frío. El calor. Suave, rudo. Diferencia de peso. Estesimetría de la extremidad del índice.
5. Gusto..... —Salado. Azucarado. Ácido. Amargo.
6. Olfato..... —Intensidad.
7. Palabra ..... —¿A qué edad comenzó á hablar? ¿Habla de manera normal? ¿La palabra es monocorde ó no? ¿Es infinitiva ó tiene la constitución del sordomudo? Diferentes defectos. Tartamudez: inspirada, espirada, mixta, nasal. Ceceo: balbuceo, farfulleo, etc.
8. Lectura y escritura..... —¿Sabe leer y escribir?
—Conservar una página escrita por él.

c) — INTELIGENCIA

1. *Atención*..... —La distracción, ¿es debida á la dispersión de la atención?
—¿A una falta completa de atención?
—¿Por qué actividad se despierta particularmente su atención?
—¿Tiene atención visual? ¿Auditiva?
2. *Memoria*..... —Memoria de los movimientos, de los hechos. Particularidades de la memoria del punto de vista de la enseñanza.
3. *Comparación*.. —¿Nota las semejanzas ó diferencias?
4. *Imitación*..... —¿Tiene aptitudes excepcionales? ¿Dibujo, música, etc.?
5. *Reflexión*.
6. *Inteligencia*.
7. *Imaginación*.

d) — EMOCIONES

—El niño, ¿llora ó ríe fácilmente? ¿Es impresionable, irascible, ratero, temeroso?

VI.—Observación de la manera de jugar.

Los alumnos se admiten desde la edad de seis años, y están divididos en dos grandes categorías: la de los *pasivos* y la de los *indisciplinados*. En esta escuela no ingresan inferhombres en el sentido absoluto, es decir, idiotas ó imbéciles. Estos necesitan otro género de atenciones. Dentro de las dos grandes categorías expuestas se establecen después secciones según las diversas anomalías que acusan los alumnos.

***

Examinemos ahora la debilitación de la voluntad por exceso de impulso. Sus grados varían desde una simple debilidad de la atención voluntaria hasta la ausencia casi de esta facultad. En los primeros grados el enfermo tiene plena conciencia de su situación: es una idea fija con obsesión, á la cual no puede sustraerse, aun cuando tenga conciencia de lo absurdo é inconveniente de su estado intelectual ó de sus deseos é instintos. Sirva de ejemplo este caso de Guislain, concisamente expresado. Un melancólico, presa de la idea del suicidio, se levanta por la noche y, llamando á la puerta de su hermano, le grita: «Ven pronto; el suicidio me persigue; dentro de poco no podré resistir más».

Con todo, en el niño estos impulsos, estas tendencias fatales, incluso la dipsomanía, kleptomanía, etc., no pueden considerarse co-

mo pertenecientes á las formas conscientes, en las que hay lucha de la conciencia con otros estados de la actividad mental, sino que en él desaparece ó no existe todavía la fuerza razonadora; el individuo cae en el reinado de los instintos; los impulsos son del momento, inconscientes, sin que el entendimiento haya tenido tiempo de darse cuenta. El acto tiene, pues, en el niño todos los caracteres de un fenómeno puramente reflejo.

Legrain dice: «Sus pasiones y sus instintos son tan violentos, que los hacen juguetes de sí mismos». Es lo que llama Lombroso «epilepsis psíquica». Los niños instables se caracterizan por su exagerada y disparatada movilidad física, intelectual y moral. El doctor Demoor los apellida *coreicos* mentales. Tan pronto bondadosos, como coléricos; tan pronto egoístas, como generosos; irascibles unas veces, perpetuamente impacientes, no pueden fijar su atención, y sobre todo sostenerla algún tiempo. Claro es que este tipo de niño anormal, mejor dicho, que esta exageración motora, es preciso distinguirla de la natural viveza é inquietud del niño sano, exactamente lo mismo que hemos dicho respecto á los perezosos. Existen niños cuya movilidad no es más que la reacción espontánea de un sér activo en buena salud; es, sencillamente, una sobrecarga de energía nerviosa que puede tener sus explosiones traducidas por gritos, ademanes vehementes, imposibilidad de estarse quieto, etc.; crisis que pasan y que no dejan ningún substrato morboso, ningún estado patológico del sistema nervioso. Estos niños son indisciplinados conscientes, voluntarios; los otros son enfermos, inconscientes, débiles de voluntad. Para los primeros bastan los recursos pedagógicos; los últimos requieren además el tratamiento médico.

Pero lo mismo el niño atrasado que el débil de voluntad (ya por excese, ya por defecto de impulso) son, como he dicho, tipos anormales perfectamente definidos y diagnosticables por el maestro como por el médico medianamente versados en estos estudios. Mas hay una categoría de anómalos que es la designada con el nombre de subnormales, intermedios ó pseudonormales, que requieren toda la pericia y destreza de los hombres más prácticos en este estudio para distinguirlos del niño ó del hombre normal. En las escuelas sobresalen á veces en ciertas materias; ganan sobresalientes, ocupan después altos puestos, y llegan á ministros. Los subnormales suelen ser de baja estatura, orgullosos, infatuados, exhibicionistas de la palabra: *declamatómanos*, rebuscan giros grandilocuentes y palabras altisonantes (sin saber muchas veces lo que significan), sugestionables, parodistas de la palabra y hasta de la acción de los grandes hombres; son, en suma, los anormales más peligrosos, porque engañan; la gente llega á creer que tienen talento, y les entrega ¡desdi-

chados! la dirección de una empresa, de cualquier asociación, ¡del Estado! Sólo entonces, cuando llegan á la meta de sus aspiraciones, es cuando se revelan; sólo entonces es cuando el público se acuerda de la célebre fábula de *La zorra y el busto*, perfectamente aplicable á esta casta de degenerados, que constituye una verdadera plaga.

Es preciso, por consiguiente, buscar en la escuela este tipo de anormal con exquisito cuidado, para establecer un diagnóstico precoz y aplicarle el conveniente tratamiento médico-pedagogo. Y en verdad que es difícil curar á los subnormales; porque como no les falta inteligencia, son sutiles, desconfiados, y entienden en su morboso egoísmo de cinocéfalo que nadie más que ellos está en posesión de la verdad, y saben interpretar los hechos y las cosas, consideran que todos los hombres están muy por bajo de su alto nivel intelectual, sólo comparable al de las grandes figuras de la Historia. El orgullo, la fatuidad y la falta de meollo siempre suelen ir unidos. Hay un síntoma muy constante en estos insoportables, y es el desequilibrio en la función de sus facultades mentales; es decir, el predominio, á veces exagerado, de la memoria sobre el juicio, de la imaginación sobre el razonamiento. Poseen á veces aptitudes brillantes, junto con grandes lagunas en su inteligencia, y como tienen irresistible tendencia á decir lo poco que saben en todo lugar y circunstancia, venga ó no á cuento, llegan á pasar por hombres ilustrados ó por muchachos de provecho, cuando si profundizáramos un poco más nos encontraríamos con que detrás de aquella charla insustancial no queda absolutamente nada.

Se ha dicho y se ha hecho depender la insuficiencia mental de este tipo subnormal del *adenoidismo* y del *tiroidismo*.

Yo no creo en estas cosas en absoluto. Yo veo por esos mundos de Dios muchos imbéciles, tipos de sanidad y robustez, chicos y grandes, que no tienen hipertrofias del tejido adenoídeo y tiroidiano. Es verdad que pueden coexistir y hasta agravar ó, en otros casos, entorpecer la curación de los defectos mentales; pero no es menos cierto que existen escolares adenoidianos sin tasa mental, y viceversa. Ahora mismo visito en un colegio de esta corte, cuyos internos están bajo mi cuidado, un niño con vegetaciones adenoides, que posee una inteligencia de lo más cabal y completa que se puede dar. Para él no existen dificultades ni en la geometría y el álgebra, ni en la psicología, ni en la historia; es un equilibrado, lo que llamaríamos una *medianía*. Los padres de este niño se oponen á que se le extirpen las vegetaciones, y yo no he insistido en ello. Quizás tengan los padres razón. He visto otros adenoídeos sin complicaciones curarse por atrofia del tejido consecutivo al crecimiento.

En cuanto á los atrasados *pedagógicamente* anormales, su cere-

bro es normal y capaz de ser puesto pronto en actividad. Son más bien niños ignorantes que no han franqueado nunca el umbral de la escuela, ó lo han hecho con gran irregularidad, y sus conocimientos, por consiguiente, no están á la altura de otros niños de su edad. Colocados estos niños, como sucede en las escuelas comunes, al lado de otros cuya evolución cerebral es normal, resulta dañoso á la vez para normales y atrasados. Las lecciones del maestro, reguladas en atención á la mentalidad de la mayoría, resultan incomprensibles para estos niños, que poco á poco van convirtiéndose, de atrasados pedagógicos, en atrasados morbosos. Se impone, pues, una racional selección, para que exista una verdadera función pedagógica, de todos los escolares anormales, según el grado, la intensidad y la curabilidad de sus anomalías.

Todos estos hechos demuestran la necesidad de crear escuelas especiales, para que estos niños reciban una educación en armonía con sus facultades. En Bélgica existen las escuelas para atrasados de Bruselas y Amberes, y cuatro establecimientos más para idiotas y alienados. En Suiza hay diez establecimientos para niños anormales, y cuarenta y una clases auxiliares. Noruega tiene cuatro institutos para imbéciles. En Alemania se han creado clases especiales para esta clase de niños, y á ellas asisten más de cuatro mil. Inglaterra posee varios establecimientos para idiotas é imbéciles, y más de cincuenta escuelas para atrasados; y así por este estilo siguen Francia, Estados Unidos, Italia y Suecia. «Poblar esas escuelas especiales es despoblar los hospitales y las prisiones.»

Pero existe en alguna de estas naciones otro adelanto, del cual apenas se tiene conocimiento en nuestro país, y es *los Tribunales especiales para niños*. En la revista *L'Enfant* (París, 1906), Ed. Julhiet da á conocer la organización de los 24 tribunales (Juvenile Courts) establecidos en 24 Estados de la Unión, á imitación del de Chicago, que fué el primero que tomó la iniciativa de esta reforma. El autor llama la atención sobre los tres caracteres fundamentales del procedimiento seguido, y que son los mismos que el Sr. González Revilla estudia en un precioso artículo que ha publicado *Vida Intelectual* (Octubre 1907): la *especialidad del tribunal*, la *supresión de la prisión* y la *libertad vigilada*. De los resultados obtenidos por dichos tribunales, basta decir que en Chicago, de 5 á 6.000 niños juzgados y puestos en libertad bajo la vigilancia del juez especial, sólo han reincidido un 10 por 100. Rollet en Francia, Kleine en Inglaterra y Gastambid en Alemania, se interesan también por esta cuestión, que constituye uno de los más delicados problemas de la pedagogía.

REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

Anestesia.

Respiración artificial. *(El Mundo Científico*, Julio de 1907.)

Partiendo de la teoría que para revivir personas ahogadas, sofocadas ó muertas á consecuencia de una imprudente administración de anestésicos, lo príncipal era extraer el agua á los gases deletéreos que existiesen en los pulmones del paciente, y al mismo tiempo suministrarle oxígeno vivificante, el profesor americano J. Poe ha hecho construir un aparato que consiste en dos cilindros provistos cada uno de una válvula impelente y otra aspirante, con dos tubos de laringe dobles, ó dos que se hacen comunicar con las ventanas de la nariz. Los émbolos de cada cilindro están dispuestos para funcionar simultáneamente.

El primer ensayo ha sido en un conejo, al cual se le inyectó un decigramo de morfina en una pata, y se le administraron 120 gramos de éter. Creyóse por los experimentadores que la vida se había extinguido por completo, pues fracasaron todas las pruebas conocidas para revelar algún signo de vida. En estas condiciones, los tubos del aparato fueron aplicados á la nariz del conejo; y aspirando los tóxicos con un cilindro é impeliendo oxígeno en los pulmones con un simultáneo movimiento de las válvulas, pasados tres minutos el animalito correteaba por la estancia.

En el segundo ensayo se colocó un perro en una caja cerrada conteniendo una atmósfera fuertemente cargada de gas acetileno, en el cual permaneció cuarenta minutos. Se le sacó muerto aparentemente. Aplicado el aparato y hecho funcionar, á los pocos minutos el animal respiraba, y pronto su pulso fué normal, demostrando que el gas deletéreo había sido extraído.

Aunque hasta el presente el aparato no ha sido ensayado en las personas, todo hace presumir que los resultados serán favorables.

Acción de los anestésicos sobre la sangre. *(Siglo Médico*, Julio de 1907.)

Mulger ha estudiado los efectos del éter y el cloroformo en la anestesia, especialmente en la sangre.

Los glóbulos rojos sufren grandes trastornos en su forma, y además suelen presentar granulaciones de substancias no conocidas y pequeños filamentos de fibrina adheridos á su superficie.

Las lesiones de los vasos son más manifiestas en los pulmones que en los demás órganos; su epitelio aparece engrosado, probablemente por la irritación que producen dichos productos. En el cloroformo aparecen más profundas que en el éter.

La coagulabilidad de la sangre está aumentada después de la anestesia, y la hemoglobina se encuentra en parte reducida.

El número de los glóbulos rojos está disminuído considerablemente, y su forma, por lo general, alterada.

El somnoformo en cirugía. (Academia Médico-Quirúrgica Española.)

En la sesión celebrada el día 6 de Mayo del corriente año, el Dr. Landete presentó una notable comunicación, que sentimos no dar íntegra por su mucha extensión.

El *somnoformo* es una mezcla compuesta de sesenta partes de cloruro de etilo, treinta y cinco de cloruro de metilo y cinco de bromuro de etilo.

Los cuidados previos se reducen al consentimiento del paciente ó sus deudos.

El instrumental se reduce á una simple mascarilla ó al aparato de Robinsón.

La falta de período de excitación se utiliza con ventaja para las anestesias combinadas, en que se principia con somnoformo y se continúa con el cloroformo ó el éter, sin que despierte el enfermo.

No produce náuseas, vómitos ni cefalalgias.

Tiene todas las gradaciones de los demás anestésicos, pero con gran rapidez.

Con cinco centímetros cúbicos se duermen á los treinta segundos, y dura la anestesia de uno á dos minutos.

El despertar es agradable.

La anestesia debe ser cerrada, evitando á toda costa la entrada del aire para no sufrir un fracaso.

Vómitos durante la anestesia. *(Revista de Medicina y Cirugía Prácticas,* Agosto de 1907.)

El Dr. Vanietscheck aconseja para prevenir las náuseas y los vómitos, que suelen producirse durante la anestesia por el éter y el cloroformo, emplear un nuevo anestésico, la alipina, que es eficacísimo. Inmediatamente antes de empezar la anestesia se hacen tomar al enfermo 5 ó 6 gotas de una disolución de alipina al 5 por 100, repitiendo, si es necesario, la dosis en cuanto despierta el enfermo lo suficiente para poder deglutir. Esta medicación suspende

por completo las náuseas; pero si hay tendencia á ellas, se administra una nueva dosis, una ó dos horas después de la primera.

Las tracciones rítmicas de la lengua. *(Soc. de Chir.*, 26 de Septiembre de 1907.)

Los Dres. Lucas-Championnière y Mosso manifiestan que la tracción simple de la lengua fuera de la boca es útil porque destapa la glotis, pero que las rítmicas no pueden despertar por sí los reflejos, que constituyen el último período de la asfixia, y deben desecharse como procedimiento exclusivo.

La picrotoxina como preventivo de los vómitos post-cloroformicos. *(Semaine Médicale*, Septiembre de 1907.)

El Dr. P. Paterson (de Glasgow) aconseja antes de comenzar la cloroformización dar una inyección subcutánea al paciente, con una solución de 1 c. c. de picrotoxina al 0,2 por 100 en el adulto, y un cuarto de la misma en los niños de cuatro años.

Si pasados doce minutos de terminada la operación se nota tendencia al vómito, debe repetirse.

De la anestesia por las mezclas de aire y cloroformo por medio del aparato de Ricard. (L. Vincon: Tesis de París, 1907.)

Este aparato no pone al abrigo de los accidentes mortales, pero da probabilidades de evitarlos.

Permite conducir la anestesia sin brusquedad y evita la excesiva acumulación de cloroformo en el organismo.

Dos grandes reglas hay que observar:

1.ª No aumentar la dosis de vapores anestésicos sino progresivamente y con extremada lentitud.

2.ª Hallar la ración de entretenimiento y sostenerse en ella, no maniobrando jamás bruscamente la manilla que regula la toma de aire.

El cloroformo contra la tos ferina. *(Siglo Médico*, Agosto de 1907.)

El Dr. Henri Rothschild ha sido el primero en ensayar este procedimiento debido á la casualidad.

Durante cinco meses ha podido reunir nueve casos de tos ferina reciente é indudable. Estos niños, de dos á siete años, han sido cloroformizados con el aparato de oxígeno del Dr. Gugliemimtti y con

autorización de los padres. En los nueve casos se curó la tos ferina; en dos, no reapareció después de la narcosis; en cuatro, los accesos descendieron de 20 á 12 durante las veinticuatro horas, desapareciendo por completo al cabo de cuatro días; en los otros tres casos, la curación fué completa en quince días.

En estas nueve observaciones no se reprodujeron los vómitos, desapareciendo la narcosis en el momento de los accesos, volviendo el apetito y el sueño.

La duración de la cloroformización es de cinco minutos, no siendo necesaria una anestesia completa, sino la resolución muscular, sin llegar á la abolición del reflejo córneo.

Nefritis por la estovaína. *(Siglo Médico,* Agosto de 1907.)

Schwarz, examinando la orina de cincuenta individuos anestesiados con la estovaína en inyección subdural, ha encontrado invariablemente alteraciones patológicas aun pasados tres ó cuatro días después de la inyección.

En un caso encontró albúmina (7 por 100) á las tres semanas. Aparte de esto, no ha visto otros signos de lesión renal.

En todos los casos se hizo el análisis de orina antes de la inyección, estando normal.

Los anestésicos y las plantas. *(Mundo Científico,* Septiembre de 1907.)

Para obtener flores fuera de la estación, sin necesidad de estufa alguna, se ha ideado un sistema curioso.

Este procedimiento se basa en la anestesia de las plantas por medio del cloroformo y del éter, dándose el extraño caso de que estos agentes, que suprimen el dolor en los animales, hacen florecer los vegetales.

Para que las lilas den flor basta con meter la planta durante cuarenta y ocho horas en una caja herméticamente cerrada donde se haya colocado previamente una esponja empapada de 30 ó 40 gramos de éter, ó de 8 ó 10 de cloroformo.

Accidentes del cloroformo. *(Traité de Technique Opératoire.* Dres. Mond et Vanverts, 2.ª edición.)

Después de aconsejar en primer término la oclusión de la nariz ó su insensibilización por medio de toques de una solución de cocaína para evitar la irritación de la mucosa nasal, cuyos reflejos son perjudiciales, pasan á ocuparse de las tracciones rítmicas de la

lengua (Laborde); respiración artificial (Sylvester); electrización del frénico, de los músculos pectorales, del corazón (Villette); la irrigación de agua fría en las fosas nasales (Ollier); inhalaciones de oxígeno, traqueotomía, etc.; y termina con dos procedimientos poco empleados hasta el presente, y cuya técnica paso á describir.

Compresiones precordiales aceleradas (Maass).—El médico se coloca á la izquierda del enfermo con la cara dirigida á su cabeza. Por medio de movimientos sinérgicos y rápidos (120 ó más por minuto) se deprime profundamente la región del corazón, aplicando la eminencia tenar de la mano derecha abierta entre el punto donde late la punta y el borde izquierdo del esternón. La mano izquierda abraza el lado derecho del tórax con objeto de fijar el cuerpo, lo que facilita las maniobras.

Masaje directo del corazón (Tuffier, Hallion).—Se abre el abdomen, si no lo está ya, en la línea xifo-umbilical; se reconoce al través del diafragma el asiento del corazón; se mete la mano por debajo de aquel músculo, y de una manera rítmica se comprime entre el pulgar por delante y los cuatro restantes dedos por detrás, ó bien, en los niños, se le rechaza con los cuatro últimos dedos contra la pared torácica (!).

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

Cirugia del aparato digestivo.

Tratamiento de la úlcera del estómago, por H. Millon. (Congreso francés de Medicina. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, número 1, Enero 1908.)

He aquí lo que dice al ocuparse de su *tratamiento quirúrgico*: En gran número de casos, el tratamiento médico es insuficiente para lograr la curación. ¿Qué recursos ofrece la cirugía, en qué casos se debe operar y qué puede esperarse de la intervención? A pesar de todo lo publicado, es imposible responder de modo completamente satisfactorio, pues las estadísticas no son suficientemente detalladas ni bastante precisas.

Limítase á estudiar la gastro-enterostomía y la pilorectomía.

¿Cómo obra la gastro-enterostomía? Castaigne y Dujarier se han afanado en dilucidarlo con ayuda de trabajos recientes.

Produce *efectos mecánicos;* no suprime la permanencia de los alimentos en el estómago, de los cuales la duración permanece superior á la normal (Bourget, Parmentier et Denéchau); pero favorece la evacuación cuando hay obstáculo pilórico.

Si el píloro es permeable, los alimentos continúan en su mayor parte el camino normal. Tuffier señalaba en la discusión, que en

perros gastro-enterostomizados con píloro normal, la evacuación era pilórica; y en un enfermo con úlcera extrapilórica, el neopíloro no utilizado se cerró algunos meses después.

En el *quimismo*, en general, disminuye la hipersecreción y la hiperclorhidria; pero no se puede afirmar que cure la hiperpepsia bajando las cifras hasta más de lo normal (Castaigne), sino que disminuye la acidez en proporciones variables, ya de modo importante, ya en límites muy débiles (Soupault).

La úlcera péptica del duodeno, tan frecuente en los operados (Gosset), no se produce más que en hiperpépticos; la desaparición, pues, de la hiperclorhidria está lejos de ser constante.

Por la pilorectomía, al contrario, la secreción se hace siempre hipopéptica, y desaparece la hipersecreción en ayunas (Soupault).

Esta variabilidad en la influencia de la gastro-enterostomía sobre el quimismo puede tener varias explicaciones.

La acidez puede mantenerse elevada por persistencia de la ulceración, puesto que son (Soupault) causa de hiperclorhidria; puede descender la acidez por el mejoramiento mecánico, pues corrige el éxtasis alimenticio que entretiene la hipersecreción, y en ciertos casos la hiperclorhidria; y, en fin, el reflujo biliar y pancreático en el estómago disminuye la acidez por dos mecanismos (Katzenstein), neutralizándola por su alcalinidad y produciendo reflejamente inhibición secretoria gástrica. De aquí la importancia de este reflujo, que debe no impedirse, sino favorecerse por la operación.

La gastro-enterostomía aparece, pues, no como tratamiento de la úlcera en general, sino de ciertas formas y accidentes.

En primer lugar, todos los autores están de acuerdo en citar la estenosis del píloro cuando provoca accidentes que no desaparecen, ó lo hacen muy temporalmente por tratamiento médico.

La úlcera del píloro dificulta, en efecto, la evacuación gástrica de muchas maneras. Reciente, determina con frecuencia reacción inflamatoria de la región, que hinchada y edematosa constituye verdadero obstáculo mecánico para el funcionamiento del píloro; determina también contracción espasmódica refleja del esfínter, más fuerte y constante que la úlcera del resto del estómago. Las neoformaciones fibrosas de la úlcera crónica dificultan la función pilórica, y aun la cicatriz puede reducir las dimensiones de éste por la retractilidad del tejido escleroso.

La úlcera justa-pilórica puede producir los mismos trastornos que la pilórica, no pudiéndose distinguir clínicamente de ella, y siendo las mismas sus indicaciones operatorias; pero con frecuencia no determina éxtasis alimenticio. Las dificultades á franquear los alimentos el píloro no se marca más que por lo que se ha llamado

síndrome pilórico (dolores tardíos y calambres, tensión intermitente y ondulaciones epigástricas). Cuando resiste al tratamiento médico ó reaparece por causas sencillas (fatiga ligera, paseo en coche, vigilia, emoción), exige la gastro-enterostomía (Hartmann).

Si la úlcera tiene su asiento lejos del píloro, no es tributaria de la gastro-enterostomía en la mayor parte de los casos; sin embargo, aun entonces la intervención puede estar indicada; y ante todo cuando bridas perigástricas se oponen al libre juego de la musculatura gástrica.

En ciertos casos la úlcera, cualquiera que sea su asiento, puede determinar crisis de estenosis espasmódicas reflejas del píloro. Durante varios días el enfermo siente vivos dolores, iguales á los del síndrome pilórico, con distensión gástrica temporal y éxtasis alimenticio con ó sin vómitos, molestias todas que desaparecen con bastante rapidez por tratamiento severo; pero su reaparición frecuente, sobrevenida á pesar del régimen, autorizaría la intervención operatoria.

¿Es necesario operar en las hemorragias gástricas? La gran hematemesis reciente contraindica en absoluto la intervención; la mortalidad operatoria es enorme, pues pasa del 60 por 100 (Savariaud), en tanto que el tratamiento médico permite la curación en la mayoría de los casos, con mortalidad media de 5 á 8 por 100 (Castaigne y Dujarier); pudiéndose decir, con Mathieu, que «la intervención efectuada cuando la hemorragia acaba de producirse quita al enfermo casi la probabilidad de curación».

Por el contrario, las gastrorragias que se repiten á pesar del tratamiento médico bien instituído pueden desaparecer después de la gastro-enterostomía, trátese de grandes hematemesis recidivantes ó de pequeñas y repetidas con debilitación y anemia consecutiva grave.

La desaparición de las hemorragias no se ha obtenido siempre, pero parece producirse con bastante frecuencia para legitimar la intervención.

En resumen, podemos reconocer á la gastro-enterostomía las indicaciones siguientes: estenosis verdadera del píloro, estenosis espasmódica resistente al tratamiento médico ó fácilmente recidivante, hematemesis de repetición, gastrorragias mínimas, pero continuas, perigastritis, que son poco más ó menos las indicaciones afirmadas por Hartmann en el curso de la discusión.

La pilorectomía puede ser combinada á la gastro-enterostomía cuando la úlcera asienta en el píloro. Soupault la reconoce ciertas ventajas sobre la gastro-enterostomía simple; la hipersecreción desaparece siempre y el quimismo gástrico se hace hipopéptico. Ade-

más realiza la resección de la úlcera. Esta operación es, pues, teóricamente muy buena; se la reprocha su gravedad, mucho mayor que la de la gastro-enterostomía, aun en los casos en que el píloro no tiene adherencias. Así los *rapporteurs* no la reconocen más que una indicación clara: la degeneración cancerosa de la úlcera. Desgraciadamente, es su diagnóstico muy difícil, aun en el curso de la intervención.

El tratamiento quirúrgico no es jámás más que una etapa en la cura de la úlcera; *la operación pone la lesión en estado de curar, pero no la cura.*

La desaparición, con frecuencia completa, de los síntomas después de la gastro-enterostomía, no debe hacer olvidar esta noción capital. Después de la operación el tratamiento médico debe ser continuado, el régimen estrictamente seguido; la operación le permite obrar con eficacia. Cirujanos y médicos admiten ahora que entre los insucesos son imputables al olvido de esta regla. Así se debe advertir al enfermo que la operación no ha curado su lesión; debe saber que la tolerancia del estómago es engañosa, y con frecuencia no más que temporal si inmediatamente después de la operación come, bebe y vive como todo el mundo.

La úlcera, pues, nos parece lesión curable, pero grave, exigiendo para ello tratamiento muy largo. El diagnóstico debe ser hecho tan pronto como sea posible, pues las probabilidades disminuyen á medida que la úlcera envejece. El tratamiento tiene por base el régimen alimenticio estrictamente aplicado y seguido muy largo tiempo y por adyuvante el reposo físico completo ó relativo y una medicación muy sencilla. En ciertos casos que hemos ensayado determinar, la intervención quirúrgica se hace necesaria, pero el operado permanece enfermo al cual la intervención ha dado la posibilidad de curar su lesión. La cirugía hace eficaz la terapéutica médica.

DR. R. L. Y YAGÜE

Ginecología.

El uso del cloruro de zinc en Ginecología, por el Dr. Hofmeier. (*Münchener Med. Wchnschr.*, 1907, núm. 48.)

En esta comunicación recuerda el autor un caso que publicó hace doce años referente á una joven de veinte, á la cual se le había practicado una inyección intrauterina de 2 c. c. de una solución de cloruro de zinc al 50 por 100 sin haber dilatado previamente el cuello. Inmediatamente fué acometida de intensos dolores, terminando por colapso y muerte antes de las doce horas, debida á la peritonitis agudísima provocada por el paso de la solución cáustica al tra-

vés de la trompa. Después ha sido consultado en casos parecidos; una joven robusta y sana, de veintidós años de edad, sucumbió en veintidós horas con graves síntomas de intoxicación por haber introducido en su vagina una considerable cantidad de cloruro de zinc, sin que se notase en dicho conducto el menor traumatismo ni haber pasado la solución á la cavidad del útero. Investigada en las vísceras abdominales la presencia del medicamento, se encontró en cantidad grande que correspondía á 3,21 c. c. de una solución de cloruro al 50 por 100, lo cual parece demostrar que hubo una intensa absorción desde la vagina, pues la acción cáustica no era suficiente para explicar tan rápida muerte. Persiguiendo este estudio el autor, ha podido obtener del Dr. Straub la prueba experimental de que el cloruro de zinc en presencia de un exceso de suero forma un compuesto de albuminato de zinc que se absorbe fácilmente y es un veneno activísimo. El cuadro que precedió á la muerte de ambas jóvenes fué el de una intoxicación aguda, y por tanto importa averiguar si está justificado en ginecología el empleo de la solución de cloruro de zinc al 50 por 100. Desde luego declara el autor que tal remedio, además de innecesario, es peligroso en manos inexpertas; y sin embargo, se ha venido usando en el tratamiento de la endometritis y en el de los cánceres inoperables.

Para la primera puede sustituirse con ventaja por la solución de formalina al 20 por 100 ó la de ácido carbólico en alcohol, por cuanto Rielander ha demostrado que las soluciones alcohólicas no sólo penetran más profunda y rápidamente en la trama de los tejidos, sino que tienen un poder difusivo grande en la superficie. Hace tiempo que nosotros hemos abandonado el uso del cloruro de zinc en la práctica ginecológica, por ser mayores los perjuicios observados que las ventajas obtenidas, aunque por fortuna no hayamos tenido que lamentar desgracias como las referidas por el profesor Hofmeier. En cambio hemos visto algunos úteros esclerosados en la superficie interna que fueron causa constante de molestias y de pérdida de la función menstrual.

La movilización precoz en algunas operadas de laparotomía, por el Dr. Ballerini. (*Annali di Ostetricia é Ginecologia*, Enero 1908, p. 97.)

El método preconizado con tanto entusiasmo hace un año por los americanos Ries y Boldt, que consiste en la movilización precoz de las operadas de laparotomía, haciendo que se sienten en la cama desde el segundo ó tercer día y se levanten al quinto ó sexto, va teniendo muchos prosélitos en Alemania y aun en Italia. Prueba de ello son las observaciones hechas en la clínica de Parma dirigida

por el profesor Ferroni, y que refiere en el trabajo que extractamos el Dr. Ballerini, asistente de la misma. Las nueve operadas de laparotomía por distintos procesos, sépticos y asépticos, en los cuales se ha experimentado el método, se sentaron en la cama del segundo al cuarto día y se levantaron del quinto al séptimo, sin que en ninguna se apreciara la menor alteración ni la cicatriz laparotómica sufriera relajación alguna. El principal reproche que á este método hacen los no convencidos es la facilidad con que puede ceder la contención de la cicatriz abdominal, separándose los músculos rectos y dando lugar á que entre ellos se establezca un infundíbulo peritoneal; hasta la fecha, y á pesar de ser numerosa la estadística de Boldt (1.000 laparotomías), no se ha podido confirmar este inconveniente, lo mismo cuando la incisión ha sido la clásica ó longitudinal que cuando se practicó la de Pfannenstiel; y en ésta debe ocurrir mucho menos, por cuanto la contracción de los rectos en el acto de sentarse y en los distintos esfuerzos tiende á aproximar más los bordes de la herida. Los resultados experimentales de Fichera prueban que la reparación cicatricial de las heridas se acelera por la acción de los movimientos, y por lo mismo es de suponer que los movimientos moderados activos y pasivos de la operada, de tal suerte que no determinen excesivo aumento de la presión endo-abdominal, favorezcan la rápida formación del tejido conjuntivo de cicatriz en correspondencia de la herida.

Otro peligro que se asigna al método es la posibilidad de dar lugar á la trombosis y á la embolia. Esta opinión es rebatida por los partidarios con argumento, al parecer, sólido, y tal divergencia se explica por el diverso concepto que unos y otros tienen de la patogenia de la tromboflebitis postoperatoria. En tanto que los primeros la creen originada por lesiones del endotelio vasal, ya sépticas, ya asépticas, como se observa en los fibromas con tendencia á la degeneración necrobiótica y los procesos supurados de la pelvis, los segundos la hacen depender del retardo de la corriente sanguínea, y por eso recomiendan los movimientos precoces de las operadas, á fin de impedir la formación del trombus. Aquéllos contraindican el método en los procesos sépticos y en los grandes traumatismos exigidos por tumores abdominales; éstos no encuentran ningún inconveniente en adoptarle aun en semejantes casos.

Entre estos extremos está el justo medio. Puede hacerse el ensayo de la movilización precoz en las laparotomías practicadas por procesos asépticos y de relativa sencillez, siempre que se haya cuidado de hacer la sutura exacta por planos; entonces no habrá peligro en permitir que la operada se siente en la cama al tercer día y se levante al sexto con un vendaje moderadamente apretado, si no

ha ocurrido ninguna complicación. En cambio, si se trata de enfermas debilitadas por hemorragias y en las cuales el miocardio está debilitado, ó cuando la naturaleza y asiento del tumor que motivó la intervención han exigido mucho tiempo en el acto operatorio y han dado lugar á gran traumatismo; si se trata de procesos supurados ó sépticos, y si antes había sufrido la enferma alguna flebitis, nos parece que es preciso ser muy circunspectos al autorizar la movilización en la primera semana, bien que este sistema tenga en su abono muchos casos favorables, y reúna, además, la ventaja de no perturbar las funciones digestivas de las operadas, como ocurre con la prolongada quietud durante dos septenarios á que hasta la fecha se las venía sometiendo.

Y ya que hablamos de trombosis y embolias postoperatorias, hemos de consignar que, según Mahler, citado por el Dr. Zurhelle, de Bonn, en un reciente trabajo sobre este asunto, puede predecirse la trombosis cuando el pulso de la operada se acelera gradualmente, en tanto que la temperatura permanece normal. Este signo de Mahler no ha podido, sin embargo, ser confirmado en la clínica de Bonn.

DR. GUTIÉRREZ

Osteo-artropatías y cirugía ortopédica.

Diagnóstico diferencial de las enfermedades calificadas con los nombres de artritis reumatoidales, reumatismo crónico, artritis deformantes, etc., por Nathan. (*Ann. Jour. Med. Sc.*, Diciembre 1906.)

El autor continúa sus estudios sobre las artritis reumatoidales crónicas, tendiendo á demostrar que las diferentes formas clasificadas por él tienen una base patológica y pueden ser diferenciadas clínicamente.

Las llamadas artritis reumatoidales las divide en dos clases: una infecciosa ó inflamatoria, y otra trófica, con subdivisiones basadas en la etiología y en síntomas característicos. En la primera clase estudia las artritis y las ósteo-artritis, haciendo esta división según estén interesados los tejidos periarticulares solamente, ó éstos y además el hueso. En la segunda clase ó trófica estudia las formas metabólicas senil y neurótica.

Los tipos principales son estudiados en detalle é ilustrados con excelentes fotograbados y radiografías.

Consideraciones sobre las enfermedades articulares, por Marsh. (*Brit. Med. Jour.*, 8 Diciembre 1906.)

El autor clasifica las enfermedades infecciosas de la siguiente manera:

1.° Las que hace tiempo nos son familiares, como las consecuti-

vas á infecciones directas, por heridas supuradas, ósteo-mielitis infecciosa aguda ó piohemia.

2.° Las consecutivas á fiebres infecciosas, como el reumatismo agudo, escarlata, fiebre tifoídea, influenza, disentería, etc., cuyo comienzo es bien aparente.

3.° Aquellas cuyo origen nos es enteramente desconocido y forman un grupo de gran importancia clínica. La infección puede ser producida por el *estreptococcus*, el *estafilococcus* y el *gonococcus*, y su historia y síntomas se confunden muchas veces con el proceso tuberculoso óseo.

Patología de la anquilosis espontánea, especialmente de la anquilosis vertebral, por Poucet y Leriche. (Congrès de Lyon, 1906; extracto del *Zentralbl. J. Chir.*)

Los casos de las llamadas anquilosis reumáticas producidos por una forma de artritis anquilosante no son debidos, como ordinariamente se cree, á enfermedades reumáticas la mayoría de las veces, sino á procesos tuberculosos. Ninguna de las causas que han venido asignándose como responsables de esta clase de artritis son realmente las que las determinan. Ni los traumatismos ni el descentramiento de las presiones los originan. Si esto fuera así, cuando se aplana la bóveda plantar, se anquilosaría, lo cual nunca sucede sino cuando se afectan las superficies articulares. Es decir, que la anquilosis no se produce espontáneamente, sino á consecuencia de un proceso tóxico infectivo de los huesos, los cuales se pegan ó sueldan en el proceso de reparación. Este modo de ver es aplicado por el autor á la anquilosis vertebral. Las diferentes formas de esta afección son debidas, según el autor, á las variaciones en la virulencia del germen, á la resistencia orgánica y á la localización. El proceso afecta los ligamentos y los huesos á la vez de varios modos, pero siempre simultáneamente. La infección suele ser gonocócica, y más frecuentemente tuberculosa. Como prueba de la relación entre la espondilitis y el origen tuberculoso, observa el autor la frecuencia en estos casos de afecciones pulmonares, y cita la estadística de Lorenz, en la cual se hace notar la rigidez de la columna vertebral en 68 enfermos, de 147 afectos de tisis pulmonar, de los cuales el 55 por 100 era menor de cuarenta años.

Formación ósea muscular debida á traumatismo (miositis osificante traumática), por R. Jones y David Morgan. (*Archiv. Rosntg. Ray. Allgemd Phenomena*, núm. 10.)

El tipo de miositis osificante á que se refiere es aquel que aparece directamente detrás de un traumatismo especialmente relacionado con las luxaciones, al producirse ó al reducirlas.

El autor discute las varias teorías sobre los osteomas traumáticos y miositis osificantes, siendo de opinión «que en la mayoría de los casos el crecimiento aparece por el periostio, y basa esta conclusión por la frecuencia con que estos crecimientos van asociados á las luxaciones, su frecuente unión con el hueso, su frecuente crecimiento entre el hueso y el músculo y algunas veces su arrancamiento en las proximidades de un músculo que ha sido violentamente distendido, y, por fin, su desarrollo en las fracturas, con desprendimiento de periostio, además de la formación del callo y del proceso de reparación».

Los síntomas son variables. Se puede sospechar después de una dislocación del codo inteligentemente tratada, cuando la limitación de los movimientos se acentúa gradualmente. Si por añadidura se presenta gran rigidez alrededor de los tejidos en reparación, el diagnóstico puede ser claro. Preséntase ordinariamente en aquellos casos en los que una fractura intraarticular se ha confundido con una luxación. Durante el proceso de formación de tejido óseo suele haber inflamación y dolor á la presión. La extensión de los movimientos generalmente decrece.

El autor refiere 17 casos propios y 176 tomados de la literatura de este asunto, haciendo constar que en junto hoy se conocen 339 casos.

Los músculos afectados más frecuentemente son el cuadriceps femoral y los adductores largos.

El tratamiento debe siempre dirigirse á la extirpación, después de la cual hay que dejar dos ó tres semanas de reposo.

La corrección forzada debe condenarse. Pasadas las dos semanas, debe comenzarse por el masaje y los baños de agua caliente y fría alternativamente.

El comienzo de los quistes en los huesos largos, por R. Jones y David Morgan. (*Archiv. Roentgen Ray and Allied Phenomena*, Abril-Mayo 1907.)

En este artículo se analizan y discuten los síntomas, ilustrando los casos. El diagnóstico diferencial más importante es el que se refiere al comienzo de los tumores malignos. El 80 por 100 de casos se presenta antes de los treinta años, que es la edad de desarrollo de los sarcomas. El diagnóstico de los quistes simples y malignos presenta dificultades, aun auxiliándose de los rayos X, y sólo un examen cuidadoso de todos los síntomas puede darnos alguna conclusión. Los autores explanan los diferentes puntos del análisis con los rayos X, refiriendo tres casos de quiste simple y uno múltiple, profusamente ilustrados.

Osteogenesis imperfecta. Estudio clínico de un caso, por Sovett, **y estudio patológico del mismo**, por Nichols. (*Brit. Med. Journ.*, Octubre 1906.)

Los autores intentan aclarar la confusión que hay en la terminología de esa enfermedad, que se caracteriza por numerosas fracturas en la vida intrauterina ó en la primera infancia, y que ha sido llamada *raquitismo fetal* y ósteo-malacia infantil. El término *ósteo-saporosis*, aplicado á la fragilidad de los huesos, parece correcto. Los autores admiten una forma idiopática y otra sintomática, basando sus conclusiones sobre el caso que han observado cuidadosamente y 14 más que han encontrado en la literatura.

Tratamiento de los abscesos tuberculosos, por Starr. (*Brit. Med. Jour.*, 1906, II, 923.)

Los abscesos de las afecciones tuberculosas de los huesos no dañan ni el estado general ni el local del enfermo, siempre que no se infecten.

La mayoría desaparece bajo el tratamiento conservador.

La abertura espontánea ó provocada del absceso suele ser seguida del cultivo en el mismo de organismos sépticos. También pueden infectarse estos abscesos con microorganismos que penetran por los folículos pilosos y glándulas sebáceas, y á veces la piel es invadida por el bacilo de Koch. Según el autor, la aspiración del pus grumoso del absceso no suele ser posible, y la inyección con agentes germicidas no suele ser muy beneficiosa. Los abscesos procedentes de la columna vertebral no deben abrirse; en cambio los próximos á huesos de las extremidades deben abrirse ampliamente. Lo mejor es la incisión, evacuación del contenido, legrado de las paredes y sutura de la herida. El autor consigna que de 55 casos así tratados, 48 permanecieron perfectamente cerrados y asépticos de cuatro meses á seis años, 5 exigieron una segunda evacuación y 1 una tercera.

DR. GARCÍA HURTADO

Oto-rino-laringología.

Tratamiento del coriza agudo, por Boulai. (*La Clinique*, 6 Septiembre 1907.)

El autor hace el panegírico del sulfato de atropina, en embrocaciones de la mucosa nasal, contra el coriza agudo. Las embrocaciones deberán ser muy ligeras, y hechas, por el mismo enfermo, lo antes posible, en cuanto se noten las primeras molestias nasales; una cerilla recubierta en una de sus extremidades por un poco de algo-

dón hidrófilo es todo el instrumental necesario y suficiente. La solución debe tener la siguiente fórmula:

Sulfato neutro de atropina.....		1 centigramo.
Agua de laurel cerezo.....	aa.	20 gramos.
Agua destilada.....		

Se vierten siete ú ocho gotas en una cucharita de las de café; se embeben con el algodón montado sobre la cerilla, y se embadurna la mucosa nasal. Cada media hora hay que repetir la embrocación, durante las dos ó tres primeras horas; después, cada hora es suficiente. No debe continuarse el tratamiento más allá del segundo día, pues sería inútil ya, ni deben de pasar el número de embrocaciones nasales de ocho á diez al día.

El autor recomienda, como coadyuvante del tratamiento local, el alcoholaturo de raíz de acónito, á la dosis de 20 á 30 gotas en una taza de tisana de yerbabuena ó de cualquier otra planta, que debe tomar el enfermo estando en el lecho; para activar la diaforesis aconseja rodear al enfermo de botellas calientes.

Este tratamiento es seguro antes del tercer día del coriza, según el autor; pasado el segundo día, el resultado es insignificante.

Proscribe en absoluto las irrigaciones intranasales mientras dure el coriza. Para atenuar la sensación penosa de obstrucción nasal, aconseja el empleo de la siguiente preparación:

Solución acuosa de clorhidrato de adrenalina al 1 por 1.000.....	X gotas.
Solución acuosa de clorhidrato de cocaína al 1 por 100.....	20 gramos.
Agua de laurel cerezo.....	20 »

Para pulverizaciones en la habitación del enfermo (bastan tres ó cuatro al día).

La pomada de mentol es muy recomendable asimismo, porque disminuye la toxicidad de los productos de secreción nasal.

Diafanoscopia inversa del antro de Highmore, por el Dr. Ajoutolo. *(Bollettino del prof. Grasi, fasc. 8, 1907.)*

El autor, refiriéndose á la diafanoscopia bucal, dice que tiene los siguientes inconvenientes: 1.°, posibilidad de infección, por descuido en la asepsia de la lámpara; 2.°, emoción ó sugestión del enfermo, que teme una quemadura; 3.°, dificultad ó imposibilidad, cuando la boca padece una afección dolorosa ó contagiosa, cuando existe un tumor lingual ó palatino, ó cuando no pueden cerrarse herméticamente los labios.

El procedimiento del autor es como sigue: se aplica la lámpara de Vohsen para diafanoscopia del seno frontal—por fuera,—contra el reborde inferior de la cavidad orbitaria; es preciso antes quitar las piezas de prótesis dental, si las hay. Tanto los resultados como su interpretación, son idénticos que los obtenidos por el método endobucal; basta dar la intensidad suficiente á la lámpara y mirar á través de la boca. Si no se ve bien, se aplica el borde cubital de la otra mano sobre el labio superior para que sirva de pantalla.

Entre otras ventajas, tiene este procedimiento la de poder hacerse sin necesidad de un medio ó habitación oscura, pues la cavidad bucal basta que no sea iluminada para que tenga el grado suficiente de oscuridad.

Meningitis consecutiva á un empiema del seno esfenoidal: curación, por el Dr. Kander. (*Medizinische Klinik*, 1907, núm. 29.)

En 1901, el autor tuvo ocasión de ver en un caso de empiema esfenoidal complicaciones endocraneales que terminaron por la muerte. Este ejemplo le produjo la costumbre de examinar la nariz y senos accesorios en caso de meningitis, cualquiera que fuesen los antecedentes ó conmemorativos.

A causa de esta costumbre, en un segundo caso, en que la enferma presentaba todos los síntomas de una meningitis de la convexidad del cerebro y tenía el líquido céfalo-raquídeo turbio y con gran cantidad de linfocitos y cocos, examinó la nariz. La enferma se quejaba, además, de haber tenido siempre la nariz obstruída. *Examen:* nada de pus por rinoscopia anterior; ausencia de la extremidad anterior del cornete medio. Rinoscopia posterior: pus saliendo de la concha izquierda, al nivel de los cornetes inferior y medio; pus en la pared posterior de la faringe.

La enferma dice haber sido operada, hace dos años, de pólipos nasales y de vegetaciones adenoides. La enferma padecía de una neuritis óptica doble.

Senos frontales y maxilares translúcidos. Aunque no vió el ostium esfenoidal, el autor supuso un empiema de este seno.

Intervención: la abertura amplia del seno esfenoidal, seguida del raspado del mismo, produjo un descenso brusco de la temperatura febril. A los tres días la enferma estaba bien de sus síntomas meningo-encefálicos. La supuración fué disminuyendo gradualmente hasta agotarse, gracias á los lavados. Sin el tratamiento hecho, la terminación hubiera sido fatal, dice el autor.

Contribución al estudio de las sinusitis etmoidales cerradas, por el Dr. Wernieuwe. *(La Presse oto-laryngol. belge,* Junio 1907, núm. 6.)

El autor describe dos casos de empiema cerrado del etmoides:

1.° Niña de diez y seis años. Padece de una obstrucción nasal progresiva, sin trazas de pus en la nariz; exoftalmos y edema del párpado superior; después, vértigos y viva cefalea frontal. El cornete medio está muy hipertrofiado; una punción exploradora hecha en el mismo da salida á pus muy rico en estreptococos. Amplia abertura de la *bulla etmoidalis* y raspado del laberinto etmoidal; desaparición rápida y consecutiva de los síntomas oculares.

2.° Hombre de veintidós años. Hace varios que padece de un ensanchamiento unilateral de la raíz de la nariz—lado izquierdo—que ahora fluctúa al tocarle; se hace una incisión, que deja una fístula en la parte interna del párpado superior. Después de algún tiempo, nuevo abultamiento con desprendimiento de la piel de la frente; nada de exoftalmos ni de pus en la nariz. Se extrae un secuestro, previa incisión cutánea, que comprende las paredes de las celdas etmoidales y lacrimales. Curación rápida.

El primer caso le diagnostica el autor de mucocele supurado; el exoftalmos es signo frecuente de propulsión de celdas etmoidales. El segundo caso es una etmoiditis cerrada, propiamente dicha, que pocas veces determina exoftalmos, pero que en cambio da lugar frecuentemente á lesiones vasculares ó nerviosas del aparato ocular, por propulsión de las células etmoidales posteriores ó esfenoidales.

La tiosinamina y el tratamiento de la sordera, por los Dres. Lermoyez y Mahu. *(Presse Médicale,* 28 de Junio de 1907.)

La tiosinamina, derivado del aceite etéreo de la mostaza, ha sido introducida en el tratamiento de la sordera, en razón de sus efectos reblandecientes sobre el tejido cicatricial. Sus indicaciones no se extienden sino á ciertos y determinados casos.

En primer lugar hay que distinguir varias clases de sordos:

1.° Los *laberínticos*, que comprenden la mayor parte de los adultos arterio-esclerosos, y son tributarios del tratamiento general de la arterio-esclerosis.

2.° Los *oto-esclerosos*, hereditarios la mayoría, por osteítis del laberinto óseo, á los que ninguna acción terapéutica es capaz de influenciarlos.

3.° Los *oto-adhesivos*, consecutivos á una otitis supurada ó á catarros repetidos, y que pueden aliviarse por tratamiento local (masaje, cateterismo, etc.).

Estos últimos son los únicos en los que la tiosinamina está indi-

cada. Pero aun hay que separar de este grupo aquellos cuyo laberinto es manifiestamente insuficiente y aquellos otros que tienen inmovilizado el estribo.

Quedan, pues, únicos tributarios de la cura tiosinámica «los sordos adhesivos, en los que el Rinne es negativo y el Gelée positivo».

La técnica preconizada por los autores es de las más sencillas: el sordo toma cada día, por la tarde preferentemente, un baño de oído, de cinco minutos de duración, con una solución caliente de tiosinamina-antipirina (el enfermo aprende en seguida á echarse las gotas en el oído). La solución tiene la fórmula siguiente: tiosinamina, 15 gramos; antipirina, 7,5 gramos; agua destilada, 100 gramos.

Dos veces á la semana debe ir al médico el enfermo, y aquél debe practicarle el masaje pneumático del tímpano. Al quinceavo día, en general, ya se advierten los beneficios de la medicación; la audición ha mejorado. En caso de fracaso deben hacerse instilaciones por la trompa, de técnica más difícil, pero de eficacia más segura.

Es condición esencial el tratamiento coadyuvante mecánico. Las conclusiones de los autores son idénticas á las de Tapia y, más recientemente, Baratoux.

La dyscataposia dolorosa como signo de sífilis, por el Dr. Nicoletopoulos. (*Bul. de laryng., otol. et rhinol.*, 1.° de Octubre de 1907.)

Discataposia, de δυς, difícil, y καταπίνειν, tragar, deglutir.

El autor sienta las siguientes conclusiones, más ó menos discutibles:

1.ª El signo propuesto no pierde su valor aunque existan otros síntomas predominantes; basta con que sea prolongado (más de tres semanas).

2.ª Este signo debe citarse como muy importante, pues por sí solo puede bastar para diagnosticar una sífilis latente.

El autor cita una observación: tratábase de un enfermo que tenía gomas en las fosas nasales, que, por su volumen, ocluían ó comprimían el orificio faríngeo de la trompa, causa eficiente de sordera y de otros síntomas, cuales son: dolor en la faringe, que se irradiaba al oído derecho; secreción muco-purulenta, que bañaba continuamente aquélla, etc., pero cuyo síntoma más saliente era una discataposia sumamente dolorosa.

DR. IRUMETE

Proctología.

Extirpación perineal de los cánceres del ano y recto.
(Rev. de Chir., Mayo 1907.)

En una Memoria escrita por los Dres. X. Delora y A. Chalier manifiestan que el método coxi-perineal es suficiente, en la mayoría de los casos, para la extirpación, no sólo de los cánceres del ano y recto, sino para algunas variedades de rectos-sigmoídeos.

Por este procedimiento el Dr. Kocher ha quitado 20 y 25 centímetros de intestino, y 40 M. Vallas.

El estudio, basado en 19 observaciones personales, ha sido de 2 epiteliomas de ano, 6 epiteliomas difusos ano-rectales, 7 epiteliomas ampulares y 4 subampulares, correspondiendo 14 al sexo femenino y 5 en hombres.

Sólo una vez han recurrido al ano ilíaco preliminar, que cerraron al mes y medio de la operación con buen resultado.

Bajo el punto de vista de los resultados inmediatos, han obtenido la curación en 17 casos de los 19, pero sólo han podido continuar la observación en 10 casos. De éstos, 3 han muerto por recidiva al cabo de un año, de año y medio y tres y medio de la intervención, otro por tuberculosis pulmonar y el resto continúan en buen estado, oscilando la fecha entre ocho años y cuatro meses.

Excrecencias anales congénitas y hemorroides. (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Diciembre de 1907.)

El Dr. Ghislain Honzel refiere dos casos curiosos de su práctica:

El primero, niña de dos años, que nació á los ocho meses, la crió su madre, y luego fué alimentada con biberón. Delante del ano y á medio centímetro sobre la línea media, la piel, en vez de continuar sobre el mismo plano en la piel de los labios y de la horquilla, se halla una brida de 15 milímetros de longitud, que va de un lado á otro, que se dirige hacia atrás en forma de cuerda, mientras que por delante sostiene una pequeña pirámide, cuyo vértice se confunde insensiblemente con la horquilla.

Para ver esta pequeña excrecencia es preciso separar bien la piel de las nalgas con los pulgares, y bajo la influencia de esta tensión las venas se hinchan y aparece un círculo de venas alrededor del ano, de un diámetro de 35 milímetros, destacándose dos venas en el lado derecho, más aumentadas de volumen, que entran en el ano. Además, á través de los pliegues pasa un tumor de color rojo oscuro, del volumen de un grano de mijo, que se continúa en su pilar del lado derecho.

El otro niño es de tres años de edad, nacido á término. Presenta un círculo perineal de venas ectasiadas después que se ha extendido la región con los pulgares. De este círculo se destacan, para entrar en el ano, venas aumentadas de volumen hacia atrás, sobre la línea media, y hacia adelante, un poco hacia la izquierda. En la parte anterior se encuentra una pequeña excrecencia carnosa, parecida á la descrita en su hermana, pero situada á la izquierda de la línea media y que cabalga sobre ella.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

Vías urinarias.

Gravedad operatoria de la nefrectomía primitiva por tuberculosis. Comunicación á la Sociedad Nacional de Medicina de Lyon, por el Dr. Rafin. (*Lyon Médical*, 12 Enero 1908.)

Admitida la nefrectomía en la práctica corriente como tratamiento de la tuberculosis renal, es oportuno indicar sus resultados. Rafin ha practicado hasta la fecha 63 nefrectomías lumbares primitivas por tuberculosis, dándole una mortalidad de 11 por 100.

Los elementos que dicho autor hace intervenir como causas eficientes y capitales de la muerte son:

Las lesiones del otro riñón.

La tuberculosis pulmonar aguda.

La caquexia.

La infección.

Parece extraño á primera vista que un gran número de los fallecidos sea á consecuencia de lesiones del riñón no tuberculoso, y cabe preguntar si los métodos de exploración de la función renal no se han puesto á contribución: en unos el cateterismo ureteral fué imposible por diversas causas; en otros las lesiones vesicales, ya muy avanzadas, hicieron fracasar todas las tentativas para recoger las orinas separadas.

En tres casos que el cateterismo ureteral ó la separación intravesical no dieron resultado practicó la incisión lumbar exploradora; los tres casos fueron seguidos de curación.

Se puede decir que actualmente la mortalidad operatoria de la nefrectomía por tuberculosis es de 10 á 12 por 100, cifra aún un poco elevada si se piensa que puede reducirse. Para esto tres condiciones son necesarias: 1.ª, no intervenir sin llevar todos los datos posibles acerca del funcionamiento del riñón supuesto sano; 2.ª, practicar el examen renal, si no desde el principio de la localización tuberculosa, por lo menos en cuanto aparezcan los primeros síntomas vesicales, antes que la vejiga, deformada por las ulceraciones y con-

siderablemente disminuída en su capacidad, haga en extremo difícil ó imposible el cateterismo cisto-ureteral ó la aplicación de los separadores endo-vesicales; 3.ª, someter los enfermos á la intervención precoz antes que el estado general se agrave al punto de colocar al cirujano entre dos dilemas: ó tener el sentimiento de dejar morir un enfermo con una lesión renal unilateral, ó precipitar el fin por una tentativa desesperada.

Lesiones del riñón del lado opuesto en la tuberculosis renal unilateral, por el Dr. Albarrán. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires*, 1.° Enero 1908, París.)

Al lado de la tuberculosis renal doble del tipo quirúrgico ya conocido hay casos en los que la tuberculosis úlcero-caseosa de un riñón coexiste con lesiones no específicas tuberculosas del otro riñón.

Hoy se admite que los tuberculosos pueden presentar lesiones renales diferentes:

1.° Agudizaciones congestivas con baciluria puestas en evidencia por Jousset, y que en ciertos casos parecen corresponder á la albuminuria pretuberculosa de Teissier.

2.° La albuminuria simple de los tuberculosos, descrita por Bernard y Castaigne, que persiste durante años sin ningún otro síntoma y sin trastornos de la permeabilidad renal.

3.° Las nefritis parenquimatosas, tipo de gran riñón blanco, con edemas, albuminuria abundante y conservación de la permeabilidad renal; forma de brightismo de origen fímico demostrada por Landouzy y Bernard.

4.° La nefritis uremígena, más excepcional, con su poliuria, albuminuria moderada, síndrome cardio-renal, acompañada á veces de hematuria.

5.° El riñón amiloídeo.

6.° La tuberculosis renal verdaderamente quirúrgica con sus formas de diapedesis difusa, de granulaciones tuberculosas ó de caseificación, lesiones todas específicas y francas determinadas por el bacilo ó sus toxinas.

En la tuberculosis renal unilateral, dice Albarrán, he podido observar que el riñón del lado opuesto, no tuberculoso, presenta frecuentemente lesiones de nefritis que caracterizan dos tipos clínicos principales: 1.ª, albuminuria simple de los tuberculosos, tipo común y frecuente; 2.ª, nefritis hidropígena, forma excepcional. Al lado de estas variedades clínicas existen otras mal definidas, entre las que se pueden distinguir un tipo hematúrico y otro descamativo.

Albuminuria simple de los tuberculosos.—El examen de la orina

total emitida en veinticuatro horas presenta los siguientes caracteres: cantidad normal, variable de 1.000 á 1.500 c. c.; color pálido, de aspecto purulento más ó menos pronunciado. La cantidad de urea varía de 12 á 20 gramos en las veinticuatro horas; la albuminuria, aunque casi constante, de ordinario es moderada, encontrándose desde indicios hasta dos gramos como excepcional. El examen histológico revela la presencia de pus, y á veces de hematíes y células epiteliales variadas; es muy raro encontrar cilindros, y cuando los hay son hialinos ó granulosos.

Estudiando la secreción urinaria de cada riñón, he aquí los resultados:

Riñón enfermo. — La cantidad segregada por el riñón enfermo es habitualmente menor en la unidad de tiempo que la del riñón sano, si bien hay que anotar numerosas excepciones, sobre todo cuando las lesiones son poco avanzadas. La poliuria relativa del riñón sano que comúnmente se observa en la tuberculosis renal unilateral, no es debida únicamente, como pudiera pensarse, á la disminución de cantidad en la secreción del riñón enfermo; cree Albarrán que el riñón conceptuado sano segrega realmente más que un riñón sano ordinario. No puede decirse que se trate de una poliuria compensadora, puesto que en enfermos nefrectomizados hacía bastante tiempo se da el hecho de secreción de orina por el único riñón en mayor cantidad que la producida por los dos riñones en sujeto normal; existe, pues, la poliuria fuera de todo fenómeno de compensación.

La Δ de la orina del riñón enfermo es más débil que la del riñón sano.

Las cantidades de urea, cloruros y ácido fosfórico segregados por el riñón sano son casi siempre superiores, en la unidad de tiempo, á las suministradas por el riñón enfermo.

La permeabilidad renal es menor en el riñón enfermo, excepto para el agua y el azul de metileno, mostrándose, sobre todo, inferior en la eliminación de glucosa después de inyección de floridzina. En el riñón sano lo corriente es que la permeabilidad se conserve bien.

El riñón afecto de lesiones tuberculosas bacilares es, por regla general, albuminúrico; en el riñón sano no se encuentra albúmina en la mayoría de casos.

Nefritis hidropígena.—En dos enfermos afectos de tuberculosis renal unilateral ha observado Albarrán la evolución en el riñón del lado opuesto de una verdadera nefritis análoga á la nefritis parenquimatosa común; en otro caso, una tuberculosis renal evolucionó ulteriormente como una nefritis epitelial. Las tres observaciones detalladas que acompañan este trabajo parecen demostrar que la tu-

berculosis renal unilateral puede ir seguida de lesiones del otro riñón, no específicamente bacilares, que entran en el cuadro corriente de las nefritis parenquimatosas ó hidropígenas, confirmando la opinión emitida por Landouzy y Bernard acerca de la naturaleza tuberculosa de ciertas nefritis parenquimatosas.

Nefritis hematúrica.—Las investigaciones del autor han demostrado que la hematuria en la tuberculosis renal es debida, no á la lesión bacilar misma, sino á la nefritis concomitante; la hematuria en este caso entra, pues, en el cuadro de las nefritis hematúricas, sin que exista relación directa entre la gravedad de la lesión y la abundancia de la sangre.

Nefritis descamativa.—En algunos enfermos se observa una descamación epitelial abundante, que se traduce por la presencia en la orina de cilindros epiteliales y células renales; esta nefritis descamativa puede existir en el riñón no tuberculoso.

Esta nefritis reviste á veces un carácter particular de descamación epitelial sin albuminuria.

La interpretación patogénica de los hechos expuestos hace pensar que las lesiones del riñón del lado opuesto en la tuberculosis renal unilateral existen bajo la dependencia de la localización tuberculosa primitiva; por otra parte, no cabe duda que el riñón tuberculoso interviene sobre el otro riñón por diferentes mecanismos:

1.° Por acción refleja.
2.° Por sobrecarga de trabajo.
3.° Por las citotoxinas.
4.° Los microbios y sus toxinas por intermedio de la circulación sanguínea.
5.° Estado general de la economía.

Cualquiera que sea la teoría patogénica que se acepte, debe adoptarse el criterio de intervención precoz.

Por oposición, hay casos en los que la albuminuria no es más que el síntoma premonitorio de una nefritis hidropígena que no detendría la ablación del riñón; igual puede decirse de aquellos en que la albuminuria abundante vaya acompañada de cilindruria y poliuria, al mismo tiempo que se demuestre el mal funcionamiento del riñón por la prueba de la poliuria experimental.

Nódulos de epididimitis blenorrágica mejorados por las inyecciones intersticiales de tiosinamina, por el Dr. P. Delbet. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires*, 15 Enero 1908. París.)

Una importante comunicación de Frank, de Berlín, á la Asociación Francesa de Urología ha llamado nuevamente la atención acerca de este producto; al mismo tiempo, fué usada por Lermoyez en

las esclerosis timpánicas, y recientemente aconseja Rénon su uso en los arterio-esclerósicos. Estos hechos animan á Delbet para ensayarla en las nudosidades consiguientes á las orqui-epididimitis blenorrágicas, y he aquí la historia con el resultado obtenido:

M. D., de diez y siete años de edad, contrae á primeros de Agosto de 1904 una blenorragia intensa y dolorosa; ingresa en el hospital Ricord, y á fin de Septiembre se le presenta una orqui-epididimitis doble, la que, tratada convenientemente, cura, al menos en apariencia, siendo dado de alta en los comienzos de Octubre.

Observando el enfermo la persistencia de induraciones, y notando dolores de tipo neurálgico, se presenta á Delbet en Mayo de 1907, en busca de remedio. El 3 de dicho mes le pone en el nódulo izquierdo una inyección intersticial de cinco gotas de solución de tiosinamina al décimo; la inyección es poco dolorosa; el 6 de Mayo se observa un poco de inflamación del epidídimo, pero el dolor ha disminuído. El día 20 hace una nueva inyección de diez gotas en cada epidídimo; tres inyecciones más pone con intervalos de siete días; en total, cinco inyecciones. Los fenómenos consecutivos fueron siempre iguales: primero, ligero aumento de volumen; al tercer día decrece, y en los días siguientes retroceso progresivo de los nódulos. Las dos primeras inyecciones fueron seguidas de desaparición casi completa de los dolores y de disminución casi en la mitad de los nódulos primitivos; después disminuyó la acción del medicamento.

El 2 de Junio había desaparecido por completo el dolor; el nódulo de la cola del epidídimo tenía en el lado derecho el tamaño de un guisante; en el izquierdo, próximamente igual.

En resumen: si la acción de la tiosinamina no ha sido heroica, ha modificado ventajosamente el estado local y ha reportado al enfermo el beneficio de suprimirle el dolor.

DR. CARLOS NEGRETE

BIBLIOGRAFÍA

Tratado de Obstetricia, por el Dr. D. Sebastián Recasens Girol, Catedrático, por oposición, de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Madrid; Académico de la Real de Medicina, etc.

Recientes aún las traducciones españolas de tratados de Obstetricia franceses y alemanes de relevante mérito, alguno de ellos tan personal y tan práctico como el del profesor Bumm, parecía difícil empresa en nuestro país publicar una obra de la misma especiali-

dad que tuviese sobre las extranjeras la ventaja de ser un manual práctico por la concisión y claridad de la exposición de las materias de que trata, y á la vez una enciclopedia por la información tan variada y completa que acompaña á cada asunto, logrando de este modo poner al lector al corriente de los más modernos estudios y de todo el desarrollo científico alcanzado hasta el día por la Obstetricia. Esta empresa la ha realizado el Dr. Recasens, dando con ello una prueba más de su ilustración y de su laboriosidad, que han de ser muy provechosas para la juventud médica, y seguramente contribuirán á la cultura patria en lo que á la Tocología concierne, la que, desgraciadamente, aun ofrece bajo nivel, por más que nos duela confesarlo.

Dados los estrechos límites que nos marca nuestra REVISTA para estas notas bibliográficas, no hemos de exponer el contenido de los doce capítulos que constituyen la materia desarrollada en las 987 páginas de este tratado.

El plan que sigue el autor, si se parece al de otros tratados análogos franceses, más que al de los alemanes, ingleses é italianos, es, después de todo, el más racional, por lo mismo que su principal destino es el de una obra didáctica, y no huelga repetir á los alumnos conocimientos que deben haber adquirido anteriormente, como, por ejemplo, la anatomía de los órganos genitales femeninos, que antecede al estudio de la pelvis desde el punto de vista obstétrico. En este capítulo introduce el autor una novedad que está justificada, dedicando unas cuantas páginas al estudio de la flora genital, cuyo conocimiento es indispensable para la mejor comprensión de la patología del puerperio.

En todo lo referente á la fisiología del embarazo demuestra el autor perfecto dominio de los más recientes estudios, así de embriología como de histología y química biológica.

En el capítulo relativo al parto hallamos una modificación que el autor establece al tratar de los tiempos del mecanismo del parto, que él denomina movimientos fundamentales que el feto experimenta, clasificándolos de este modo: 1.°, progresión; 2.°, rotación; 3.°, expulsión del primer ovoide; 4.°, rotación del segundo ovoide; y 5.°, expulsión total. Esta clasificación, que varía en los distintos tratadistas, sin dejar de ser exacta, se presta á diversas interpretaciones, cuantos sean los criterios para apreciar la mecánica dinámica á que obedecen. Ya el malogrado profesor Fochier, en la tesis publicada en 1880 por su discípulo Sabatier, al estudiar el paso de la cabeza á través de la pelvis ósea, designaba este gran movimiento con el nombre de *progresión*, y le dividía en tres tiempos: *encajamiento*, momento en que la gran circunferencia de la cabeza franquea el

plano del estrecho superior; *descenso*, momento que comienza cuando la gran circunferencia ha franqueado este plano, y termina al llegar esta misma circunferencia al estrecho inferior; y *desprendimiento*, que corresponde al paso de la cabeza á través de este estrecho. A cada uno de estos tres tiempos principales Fochier añadía un tiempo accesorio: 1.°, *flexión de la cabeza*, tiempo accesorio del encajamiento, puesto que la flexión puede existir ya al fin del embarazo, ó no producirse hasta el momento del encajamiento, ó bien producirse de un modo incompleto ó tardío; 2.°, *rotaciones*, movimientos accesorios del descenso, pueden ser de dirección y grados diferentes, producirse á alturas variables y á todos los niveles de la excavación; 3.°, al desprendimiento, según Fochier (Tesis de Gonnet, 1903), se añade un tiempo accesorio, la *flexión de la cabeza*, que se manifiesta por un complemento de descenso del occipucio bajo los pubis.

Y como cada autor, según sea más ó menos matemático, discurre acerca del mecanismo del parto hipotéticamente con arreglo á su criterio, caben en asunto tan complejo todas las opiniones.

Completa el autor esta parte con los cuidados que requiere el recién nacido y los conocimientos que acerca de los distintos medios de lactancia debe poseer el tocólogo; esta parte y la que consagra á la higiene del embarazo forman todo un capítulo de puericultura.

La patología del embarazo, del parto y del puerperio están expuestas con gran método y precisión, sin olvidar las teorías que hoy dominan en la ciencia, dada la moderna orientación de la Obstetricia. Del rico arsenal español, acumulado en el museo Velasco y en la Facultad de Medicina, ha desenterrado el autor un tratado completo de Teratología, al que añade observaciones propias.

La parte tocúrgica de la obra abarca también la descripción de las más recientes intervenciones ideadas para salvar los conflictos que en la práctica pueden ofrecer las estrecheces pélvicas y la placenta previa.

Si después de bien dominadas las materias que contiene la obra del Dr. Recasens, el médico tiene en cuenta el aforismo que el autor expone de modo tan absoluto al tratar de la asistencia en el parto: «aquel que no sienta la asepsia no está autorizado moralmente, hoy en día, para asistir un parto», ya puede dedicarse á la práctica de esta especialidad, en la seguridad de que sus fracasos, si los tiene, no serán por ignorancia, que es á lo que debemos aspirar siempre.

DR. GUTIÉRREZ

El Dr. D. Carlos Negrete ha tenido la buena idea de coleccionar en un folleto de 130 páginas sus *Artículos y notas clínicas*, publicados en esta REVISTA y en *El Siglo Médico* en distintas épocas. El doctor Negrete es un escritor correcto, castizo, serio, que expone bien y honradamente lo que ha visto y lo que ha hecho. La lectura de este folleto resulta muy interesante, no sólo para los especialistas urólogos, sino para todos los médicos; los capítulos «De la cistitis en general», «Un caso de infección blenorrágica aguda», «Algo sobre el fimosis congénito», «Tratamiento de la incontinencia esencial de orina en los niños», y algunas notas relativas al empleo de los modernos métodos de investigación del estado funcional de los riñones, son buena prueba de lo que antes he dicho. Y si para muestra basta un botón, véase de qué modo tan conciso, claro y verdadero condensa lo que hay acerca del último punto que he citado: «Resumiendo: en el estado actual de la ciencia, y pasada una ligera revista á los modernos métodos de exploración, no se puede dar una regla fija, precisa y definida, ni menos ser exclusivista y sistemático en la aplicación de los mismos; lo único que cabe es decir: nosotros usamos tal ó cual procedimiento, según el caso, y nos da resultado: análisis global de la orina de veinticuatro horas; cateterismo ureteral; y cuando sea materialmente imposible, división intravesical combinada con la prueba de azul de metileno y la floridzina, es nuestra práctica para llegar á la certeza (hasta donde es posible en clínica) del funcionamiento del riñón».

El trabajo del Dr. Negrete es muy estimable, por lo que cordialmente le felicitamos.

Algunos problemas etiológicos relacionados con las funciones de la placenta.—Sobre este punto tan interesante discurrió nuestro querido director en la solemne sesión inaugural del corriente año en la Real Academia de Medicina.

Consideraciones fáciles de comprender nos impiden elogiar este trabajo como se merece. En otro lugar de este número encontrarán nuestros lectores, sin embargo, un juicio de pluma más experta que la mía, en el que se demuestra la importancia del tema desarrollado por el Dr. Gutiérrez.

Hemos recibido, junto con el resultado de los trabajos del II Congreso internacional de las Gotas de leche, del Dr. Sarabia Pardo, un informe sobre *Datos estadísticos de la mortalidad infantil de 0 á un año de edad en España*, y dos comunicaciones acerca de *Dermatosis provocadas por el uso de jabón y lejías empleados en el la-*

vado de las ropas de los niños de pecho, y *Sección del frenillo de la lengua en los niños*, del mismo autor. El *rapport* (según lo titula su autor) sobre mortalidad infantil es un trabajo concienzudo que deben conocer todos los que se preocupan por este problema de tan grande trascendencia, porque contiene provechosas enseñanzas. Según datos estadísticos oficiales, España ocupa el quinto lugar respecto á natalidad, pero en cambio es de las primeras en mortalidad. De 0 á un año de edad el número de niños que fallecen en España es mayor que en las demás naciones, si se exceptúa Rusia, Austria-Hungría y Alemania...

Sí, señores: en Alemania, por cada *1.000* nacidos, fallecen en el primer año de la vida *183*, y aun esta cifra en el año 1902 es un consuelo para los germanos, comparada con lo que escribía Henoch, el notabilísimo paidópata, cuando publicó sus *Lecciones sobre enfermedades de los niños*, en cuyo libro se lee: «En Alemania, de cada 1.000 nacidos, fallecen próximamente la *quinta parte*». En nuestra nación, afortunadamente, se observa una franca tendencia al descenso en la mortalidad desde el año 1890, y un aumento sensible en la natalidad. En dicho año, el número de defunciones por 1.000 habitantes fué de 32,56, y en el año 1902 de 26,07.

Respecto á la mortalidad, en relación con la clase de alimentación, puede asegurarse—dice el Dr. Sarabia—que una alimentación bien dirigida es la garantía de la salud del niño. Según Vidal y Solares, de Barcelona, mueren en el primer mes el 2,08 de los lactados por la madre, el 2,68 por la nodriza y el 15,73 los alimentados al biberón. Más claro... Pues así y todo, el biberón impera de cada vez más. ¡Es tan cómodo y evita tantas molestias, sobre todo si se cuenta con personas instruídas en su manejo!

Yo hace tiempo que le tengo declarada guerra á muerte á ese *artefacto*; tanto, que pretendiendo favorecer la alimentación natural con todas mis fuerzas y buenos deseos, y comprendiendo las dificultades que actualmente ofrece la lactancia mercenaria, me dirigí (hará de esto unos cuatro ó cinco años) á la dirección de Sanidad con un «Proyecto de reglamentación de nodrizas», en el que razonaba como mejor podía la superioridad de esta forma de alimentación sobre la artificial en los niños, y proponía las siguientes conclusiones, que voy á reproducir, por si usted, Dr. Sarabia, con más nombre, posición é influencia que este humilde servidor, quiere prestarle su apoyo. Decía así el articulado:

1.° Se crea un servicio sanitario destinado al reconocimiento de nodrizas.

2.° Los médicos anexos á este servicio practicarán un detenido examen de la salud en general y un análisis completo físico, químí-

co y microscópico de la leche de toda mujer que desee prestarse como nodriza.

3.° Queda terminantemente prohibido que ninguna mujer pueda ejercer funciones de ama de cría sin la presentación del certificado correspondiente, librado por el Centro oficial técnico.

4.° Verificado el reconocimiento de una nodriza, se expedirá á ésta un certificado en el que se hará constar el buen estado de salud actual de aquélla y las condiciones que reúne su leche para la lactancia.

5.° La anterior prohibición regirá lo mismo para las nodrizas que prestan sus servicios en la casa de los padres que para las que lo hacen en su propio domicilio.

6.° Toda persona que ponga un niño en lactancia fuera de su domicilio queda obligada á dar parte de este hecho á la autoridad que se designe, indicando nombre y señas de la nodriza.

7.° El Servicio Sanitario de Nodrizas girará visitas de inspección en los domicilios de las nodrizas que lacten fuera de la casa de los padres, con objeto de dirigir la alimentación del crío y denunciar los casos en que se observen transgresiones en el régimen prescrito.

8.° Cualquier particular puede presentar á reconocimiento una ó más nodrizas, y exigir el certificado debido, completamente gratuito.

Pues bien, Sr. Sarabia: este proyecto duerme el sueño eterno en algunos de los estantes de la Inspección de Sanidad Interior, sin esperanza alguna de revivir. ¡Qué importan estas cosas á nuestros hombres de gobierno! Pero ¿qué más? Mi excelente amigo el Dr. Tolosa Latour se fué un día con mi trabajo á un periódico de gran circulación (*El Liberal,* para que no se quede en el tintero), con ánimo de que lo publicaran, y allí le contestaron... «que esos asuntos no interesan á la opinión».

He charlado más de lo que el espacio me permite; y es que usted, mi querido amigo, con su altruismo, sus iniciativas y su claro talento, invita á ello.

Dr. A. Mut

SECCIÓN PROFESIONAL

ALGUNOS PROBLEMAS BIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES DE LA PLACENTA

Discurso leído en la solemne sesión inaugural del año 1908 en la Real Academia de Medicina, por el Excmo. é Ilmo. Sr. Dr. D. Eugenio Gutiérrez y González, conde de San Diego.

No encontrándonos con fuerzas bastantes para juzgar la hermosísima labor científica del Dr. Gutiérrez, de que da una gallarda muestra en la Memoria cuyo tema encabeza estas líneas, nos limitaremos á dar una ligera reseña de lo contenido á los lectores de la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS, sintiendo que el poco espacio de que disponemos no nos permita, como quisiéramos, insertarla íntegra en estas columnas.

Creemos oportuno consignar que el fin que se ha propuesto perseguir el Dr. Gutiérrez en la elección de tema, «estimular á la juventud estudiosa para que salga de la rutinaria práctica profesional y se eleve á las puras regiones de la Ciencia de investigación», no puede ser más noble y levantado, y de una necesidad más apremiante en nuestra nación, donde las tareas del ejercicio de la medicina ocupa y absorbe la atención de la casi totalidad de los médicos, en tal forma, que contadísimos son los que se preocupan seriamente de llenar ese deber supremo ineludible de todo hombre de ciencia, que consiste en acrecentar el caudal de los conocimientos que él recibiera como legado de la humanidad. Y no ciertamente para utilizarlos y explotarlos en provecho propio: que quien con miras tan egoístas consume su existencia no es digno de ocupar un puesto de honor en la sociedad de que forma parte.

Y no se arguya que la falta de tiempo es obstáculo invencible, porque el Dr. Gutiérrez es una prueba elocuentísima de que no tiempo es lo que falta, sino una voluntad firme y sostenida, encaminada á realizar el cumplimiento de este deber social. Ni su numerosísima clientela, ni sus tareas cuotidianas en el Instituto Rubio, ni las múltiples ocupaciones que el cargo de Director de este centro le proporciona, ni las discusiones académicas y las publicaciones frecuentes, han sido obstáculo para que con sus trabajos de investigación científica haya contribuído á aportar interesantes datos al estudio de los *problemas biológicos relacionados con las funciones de la placenta.*

La placenta, según el Dr. Gutiérrez afirma, no se limita á desempeñar el *simple papel de filtro á través del cual se verifican los cambios nutritivos entre la madre y el feto, sino que es un órgano*

transitorio, que vive en condiciones propias, y como tal, modifica y selecciona los materiales de nutrición; regula los cambios anabólicos y catabólicos materno-ovulares; goza de propiedades químicas especiales, similares unas á las de otros órganos del cuerpo humano, peculiares otras de ellas mismas, y en ocasiones es capaz de llevar á la circulación de la madre materiales de actividad biológica manifiesta, bajo la forma de elementos epiteliales ó de productos humorales, ante cuya acción el organismo materno se ve obligado á reaccionar.

Después de describir la evolución y constitución íntima de la placenta, afirma el Dr. Gutiérrez que, *en síntesis, es un conjunto de innumerables vellosidades que nadan libremente en la sangre materna.*

En demostración de que *la respiración intrauterina no se verifica al nivel de las vellosidades coriales sólo por un sencillo mecanismo de ósmosis*, cita, entre otros varios, los trabajos de Ferroni, investigador italiano que con gran afán estudia las funciones de la placenta, y de cuya experimentación minuciosa resulta evidente el poder del tejido placentario para el fin de las oxidaciones intraorgánicas: hecho comprobado, á instancias del Dr. Gutiérrez, por el ilustrado químico español Dr. Carracido, el que con una placenta humana, recientemente expulsada y aséptica, que aquél le proporcionara, hizo las experiencias necesarias para demostrar que el tejido placentario posee un poder que excede en un 30 por 100 al del tejido hepático respecto á las oxidaciones intraorgánicas.

No cabe duda, pues, que en la placenta existen fermentos oxidantes ú oxidasas, y parece probable que los cambios gaseosos materno-ovulares encuentran condiciones apropiadas en la circunstancia de hallarse normalmente el epitelio corial atravesado por gotitas de grasa, cuya substancia facilita el paso del oxígeno á través de membranas que la contienen, según experiencias de Filehne, Overtoa, Notbaner, Exner y Ruhne.

Hechos y observaciones interesantísimos y numerosos, relacionados con el paso de las substancias proteicas á través de la placenta y de la acción bioquímica de este órgano sobre las dichas substancias, consigna el Dr. Gutiérrez, demostrando en su disertación el más profundo conocimiento de la materia que trata, así como sus vehementes deseos, traducidos en hechos, de contribuir á su esclarecimiento perfecto. Para este fin, y utilizando los trabajos de laboratorio de los ilustrados doctores Moreno y Blanco, del Instituto Rubio, ha realizado una serie de experiencias destinadas á comprobar la toxicidad de la placenta, de las que se deducen las siguientes conclusiones:

1.ª Que la placenta de la conejilla de Indias es tóxica para los animales de la misma especie, sobre todo si se trata de conejillas preñadas; y es tanto más tóxica cuanto más avanzada es la preñez de la conejilla á la cual se ha inyectado.

2.ª Que la dosis mortal es de 1 á 1,50 por 100 del peso del animal.

3.ª Que la placenta humana revela también la toxicidad para dichos animales á la dosis de 1,50 á 2 del peso de los mismos, sin que en la muerte puedan intervenir gérmenes especiales, puesto que las siembras han resultado estériles.

Después aborda el Dr. Gutiérrez el problema relacionado con la eclampsia de las embarazadas, y expone con gran lucidez las distintas teorías que en la actualidad se invocan para explicar la patogenia de esta terrible complicación del embarazo, terminando su importantísima Memoria consignando la esperanza de que los estudios perseverantes sobre la fisio-patología de la placenta den la solución á los interesantes asuntos por él bosquejados, y estimulando á los jóvenes y estudiosos compañeros que sientan afición á la especialidad de la Obstetricia á que perseveren en la labor por él iniciada, para que España no se estacione y pueda contribuir al progreso que aquella rama de los conocimientos médicos ha logrado alcanzar en los demás países.

Invitación noble y levantada que toda la clase médica debe aceptar con universal aplauso, haciendo extensivo el trabajo de investigación á todas las materias relacionadas con las ciencias médicas, si es que queremos salir del mortal quietismo que nos consume, en desdoro de nuestra reputación científica en el mundo culto.

En honor de España, en honra y provecho propio, sigamos las predicaciones del ilustre y querido compañero Dr. Gutiérrez, que es de los pocos que en España predican con el ejemplo.

P. L.

Estatutos de la Asociación Española de Cirugía.—1.º Se funda en España una Sociedad científica titulada «Asociación Española de Cirugía».

2.º Podrán pertenecer á la Sociedad todos los médicos mediante su inscripción en el domicilio social de la misma. La Junta directiva se reserva el derecho de conceder el ingreso en la Asociación á las demás personas que, no poseyendo el título profesional necesario, deseen pertenecer á ella.

3.º El domicilio social de esta Asociación estará en Madrid; las solicitudes de inscripción se dirigirán al Secretario general, D. Antonio María Cospedal, á la calle de Serrano, núm. 1.

4.° Los fines de la Asociación Española de Cirugía serán los siguientes:

Primero. Contribuir al adelanto de las ciencias y profesiones quirúrgicas por cuantos medios estén á su alcance.

Segundo. Mantener relaciones científicas con todas las Sociedades análogas del extranjero.

Tercero. La organización de Congresos de Cirugía, que se verificarán con sujeción á su reglamento especial.

5.° La Junta directiva de la Asociación se compondrá de un Presidente, un Vicepresidente, cuatro Vocales, un Tesorero, un Secretario general y tres Secretarios adjuntos.

6.° Esta Junta directiva será elegida por los médicos que, perteneciendo á la Asociación, se hayan inscrito para el Congreso, y la elección se verificará en la sesión preparatoria del primer Congreso que se celebre. La duración de estos cargos terminará en la sesión preparatoria del Congreso siguiente.

Reglamento del Congreso bienal que celebrará la Asociación Española de Cirugía.—1.° El segundo Congreso español de Cirugía lo celebrará la Asociación Española de Cirugía en los días del 11 al 16 de Mayo de 1908. La fecha de los sucesivos Congresos de Cirugía será fijada por la Asociación.

2.° Podrán pertenecer al Congreso todos los médicos que lo soliciten, mediante su inscripción y pago de una cuota de 25 pesetas. La Junta directiva podrá ó no admitir las inscripciones de las demás personas que, no siendo médicos, deseen tomar parte en las tareas del Congreso.

3.° Las solicitudes para la inscripción y abono de la cuota podrán dirigirse, hasta el día de la primera sesión del Congreso, al domicilio del Secretario general, el cual entregará la correspondiente tarjeta de identificación, que le acreditará en todos sus derechos de congresista, permitiéndole tomar parte en los trabajos del mismo, presentar comunicaciones verbales ó escritas, intervenir en las discusiones, dar su voto en los asuntos en que recaiga votación y participar de cuantos beneficios se otorguen á los congresistas. Los congresistas que no sean médicos gozarán de los mismos derechos que éstos, excepto el derecho á votar.

4.° Los señores congresistas recibirán el libro de actas que se publicará al terminar el Congreso, el cual contendrá un extracto de los trabajos, comunicaciones y discusiones.

5.° El título de las comunicaciones, que podrá ir acompañado de un brevísimo extracto en forma de conclusiones, se recibirá en la Secretaría hasta quince días ante de la sesión inaugural, y por lo

tanto, para el próximo Congreso, hasta el día 26 de Abril. Las que se reciban después de esta fecha sólo se pondrán á la orden del día cuando se hubieran discutido todas las presentadas en tiempo reglamentario. Las comunicaciones cuyo autor no se haya inscrito como miembro del Congreso y abonado la cuota correspondiente se entenderán por no recibidas.

6.° Las tareas del Congreso comenzarán por una sesión inaugural que se verificará el primer día, á las cuatro de la tarde. A la sesión inaugural precederá una preparatoria, destinada á la elección de los cargos de la Mesa del Congreso, que serán: un Presidente, un Vicepresidente, cuatro Vocales, un Tesorero, un Secretario general y tres Secretarios adjuntos. Las personas elegidas para estos cargos constituirán la Junta directiva de la Asociación Española de Cirugía hasta la sesión preparatoria del siguiente Congreso.

7.° La primera sesión científica se verificará á continuación de la inaugural; las sucesivas tendrán lugar los demás días, de cuatro á siete de la tarde. Se destinarán horas especiales por la mañana para demostraciones prácticas.

8.° Los señores congresistas podrán usar de la palabra por espacio de quince minutos para la exposición ó lectura de las comunicaciones, y los que tomen parte en las discusiones no podrán emplear más de cinco minutos cada uno; los autores de las comunicaciones dispondrán de diez minutos para contestar á todas las objeciones.

9.° La Junta directiva de la Asociación Española de Cirugía designará dos temas de discusión para cada Congreso y encargará de las ponencias respectivas á dos cirujanos pertenecientes á la Asociación. Dada la proximidad de la fecha del primer Congreso, sólo se ocupará éste de las comunicaciones recibidas.

10. El idioma del Congreso será el castellano.

11. La Junta directiva de la Asociación Española de Cirugía podrá modificar este reglamento en la forma que crea necesaria.

Tema de concurso.—El señalado por la Academia Médico-Quirúrgica para el concurso de premios que han de regir en 1908 se titula: *Cooperación personal al estudio bacteriológico de la sífilis.*

El premio consistirá en 250 pesetas y el título de Académico corresponsal, y el concurso quedará cerrado el día 15 de Septiembre de 1908.

Sociedad Ginecológica Española.—Concurso de un premio, adjudicable en la sesión inaugural del curso académico de 1909.

Quinientas pesetas y un *diploma* para el autor de la mejor Memoria acerca del *Diagnóstico precoz del embarazo ectópico*. Las memorias se dirigirán al Presidente, y el concurso quedará cerrado el día 30 de Noviembre de 1908.

La Junta directiva de la Sociedad, para el bienio de 1908-1909, ha quedado constituída en la siguiente forma: Presidente, D. Julio Robert; Vicepresidente 1.°, D. Jesús Sarabia; ídem 2.°, D. Juan Acero; Secretario general, D. Florencio Polo y Tremps; Vicesecretario, D. Francisco Botín; Secretario de actas, D. Críspulo García Luquero; Tesorero, D. Tomás García López; Bibliotecario, D. Rodolfo del Castillo y Ruiz.

La Real Academia de Medicina ha concedido el premio Álvarez Alcalá al reputado médico del Hospital de la Princesa D. Enrique Fernández Sanz. El juicio de la Academia ha confirmado la opinión de cuantos consideran al Dr. Fernández Sanz como uno de los más eminentes neuropatólogos de nuestro país.

La misma Real Academia ha premiado con mención honorífica la Memoria que, optando á uno de los premios ofrecidos por esta docta Corporación, tenía presentada el reputado médico del Hospital General D. Rafael del Valle. Dadas las excepcionales dotes científicas y literarias que adornan al Dr. Valle, no podrá tacharse de apasionado el voto de la Academia, sino considerar como justa la recompensa otorgada á nuestro compañero, que tantas y tan repetidas pruebas tiene dadas de su laboriosidad y talento.

También ha sido concedido el premio Salgado á la notabilísima obra *Tratado elemental de oftalmología*, de que es autor nuestro distinguido amigo D. Sinforiano García Mansilla, lo que corrobora el favorable concepto que el público médico tenía de la obra del reputado oculista del Hospital General y Hospicio de Madrid.

Reciban tan distinguidos compañeros nuestra sincera felicitación por su nuevo y legítimo triunfo científico.

XI Congreso internacional de Oftalmología.—Del 2 al 7 de Abril de 1909 se celebrará en Nápoles dicho Congreso, del cual es Presidente honorario el profesor Marc Dufour, y Vicepresidente el Dr. E. Landot. Por invitación del profesor Angelucci, se reunió hace pocos días el Comité ejecutivo, redactando la circular en diversos idiomas, habiendo recibido nosotros la española, en la cual consta también que el delegado en nuestra nación es el profesor doctor Márquez, el cual recibirá las adhesiones á acto tan importante.

Si siempre ofrecen interés los Congresos científicos, mucho más tiene el actual, pues en su reglamento figura la cláusula de que uno

de los idiomas oficiales será el español, «en vista del gran incremento que ha tomado la oftalmología en España y en la América latina».

Son temas oficiales de dicho Congreso:

1.° Fijar, con relación á la indemnización, el valor de un ojo perdido ó lastimado.

2.° Unificación de la medida de la fuerza visual y de las anotaciones de los meridianos del astigmatismo.

La cuota de inscripción al Congreso es de 25 liras.

Ministerio de la Gobernación.—*Real Decreto.*—A propuesta del Ministro de la Gobernación y de conformidad con mi Consejo de Ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.° Se crea en Madrid, bajo la presidencia de S. M. la Reina Doña Victoria Eugenia, un Real Patronato Central de Dispensarios é instituciones antituberculosas, que extenderá su acción tutelar á los diversos establecimientos de este género que existan en España y á los que en lo sucesivo se establezcan.

Art. 2.° La Real Junta de Damas protectora del Dispensario antituberculoso de Madrid, que preside S. M. la Reina Doña María Cristina, se encargará también, asesorada y unida á los elementos que se consideren necesarios, de ejercer su patronato y la alta inspección y tutela sobre los demás Dispensarios é instituciones antituberculosas que en esta Corte se establezcan.

Art. 3.° El Ministro de la Gobernación, como Jefe Superior de la Sanidad é Higiene públicas, queda encargado del cumplimiento de este decreto y de dictar las disposiciones que crea precisas.

Dado en Palacio á veintisiete de Diciembre de mil novecientos siete.—Alfonso.—El Ministro de la Gobernación, *Juan de la Cierva y Peñafiel.*

Nuestro ilustrado compañero D. Evaristo Ausin sufre en estos momentos la hondísima pena de haber visto morir á su amantísimo hijo D. Alberto, joven doctor en Medicina, á quien estaba reservado un brillante porvenir, dadas su cultura y excelentes dotes personales.

Reciba nuestro muy querido amigo la expresión sincera del más sentido pésame por tan irreparable y dolorosa pérdida.

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

NOTAS CLÍNICAS

DE CÓMO LOS RAYOS ROENTGEN, DICIENDO LA VERDAD, PUEDEN INDUCIR AL ERROR

POR EL DR. SATURNINO GARCÍA HURTADO
Del Instituto Rubio.

El enfermo objeto de esta nota clínica se presentó en mi consulta el 15 de Enero del año corriente. Se llama Saturnino Torres, y tiene doce años. De color terroso, desmedrado, mal nutrido. Tenía además el aspecto del que absorbe pus. Venía con el brazo derecho vendado, mejor entrapajado, como suele venir la gente pobre del pueblo. Levantada la venda y los trapos, encontré el brazo tumefacto é hinchado, especialmente el antebrazo, que medía dos veces el volumen del brazo, con un trayecto fistuloso en la parte súpero-externa cerca del codo, y otros dos en la parte infero-externa, distanciados como unos seis centímetros, por los cuales salía abundante pus. Las articulaciones del codo, muñeca y dedos se movían con libertad y sin dolor. En cambio la pronación y supinación del antebrazo estaba limitada y era dolorosa.

El chico se había caído hacía dos meses, golpeándose el antebrazo y sufriendo, por consiguiente, un traumatismo directo sobre el cúbito. Al poco tiempo de este accidente su brazo se empezó á inflamar, formándose pequeños abscesos, que se abrieron, dando salida á exudados purulentos.

Diagnostiqué una ósteo-periostitis difusa del cúbito, probablemente á estafilococo.

Para asegurarme en el diagnóstico vi con la pantalla fluoroscópica el antebrazo enfermo.

Me quedé sorprendido al observar el cúbito del mismo volumen que el del brazo izquierdo, y además con idéntico tono de sombra.

Tengo observado muchas veces que cuando un proceso inflamatorio invade el hueso éste empieza por perder parte de sus sales calcáreas y proyecta una sombra clara, de límites no bien definidos. Estas gradaciones de las sombras pueden llevarnos al conocimiento de la agudeza del proceso inflamatorio ó de su cronicidad, así como

también al conocimiento del período reparador ó curativo, en que las sombras vuelven á dibujarse más netamente y los contornos son muy definidos.

Si se trata de un proceso necrósico antiguo que haya determinado por ahogo nutritivo primario la muerte de uno ó varios territorios óseos, fórmase alrededor de estos trozos muertos ó secuestros una serie de capas óseas sumamente duras, que es lo que se ha llamado osteítis condensante, que refuerza el hueso é invagina el secuestro.

Esta tal osteítis no es sino una producción ósea aberrada de los elementos capaces de regenerar el hueso avivados por el estímulo inflamatorio, y cuando se produce deja ver en el hueso enfermo examinado radioscópicamente una imagen mucho mayor que la normal, de tonos más obscuros y de bordes irregulares y tortuosos.

Al encontrar, pues, la proyección de las sombras del antebrazo enfermo del mismo tono y dimensiones que las del lado sano, juzgué que podía haberme equivocado en el diagnóstico y que se trataba simplemente de un flemón difuso del antebrazo, una de tantas infecciones de las partes blandas que ordinariamente vemos que no llegan á afectar al hueso y se corrigen con desbridaciones y baños antisépticos prolongados. Con arreglo á este concepto le dispuse el tratamiento.

Pasaba el tiempo, y el enfermo, á pesar de la antisepsia, no mejoraba; sí había disminuído algo la supuración por las curas, pero el pus continuaba fluyendo en abundancia.

Aparecieron ya claramente fungosidades externas en las fístulas, indicadoras de algo que molesta é irrita los tejidos y que la naturaleza tiende á eliminar. Volví, no obstante, á ver al enfermo con la pantalla fluoroscópica, y me aseguré de la limpieza y regularidad de la imagen que proyectaba el antebrazo derecho, en todo semejante á la del izquierdo.

A pesar de esta impresión radioscópica, los síntomas clínicos eran de tal manera claros, que, sin vacilar que se trataba de un padecimiento óseo, dí entrada al niño en el Instituto el 12 de Febrero, y el día 15 procedí á la operación.

El resultado de la intervención quirúrgica fué que nos encontramos con un gran secuestro que comprendía la diáfisis del cúbito hasta el mismo tejido yuxtaepifisario; es decir, casi todo el cúbito, que estaba denudado, sin riego, blanquísimo, muerto. Conservo el hueso, digno de figurar en cualquier museo de Anatomía patológica, porque demuestra cómo á veces la inflamación puede ser tan violenta que de pronto prive de riego á un hueso entero.

El traumatismo determinó roturas vasculares, infiltración en los

tejidos de sangre extravasada, formando territorios apropiados para el cultivo de gérmenes. Mas ¿por dónde penetraron estos gérmenes: por el tubo digestivo, los pulmones, ó las glándulas de la piel? Me refiero á los casos en que no hay herida externa, como el presente.

El conocimiento de estos hechos, que hoy no poseemos claramente, es de gran importancia para la profilaxia de estos padecimientos. Debemos, pues, emprender estos estudios experimentales.

En el caso actual la infección fué tan violenta, que atacó el periostio en su totalidad, destruyó los vasos que riegan el hueso, y éste, muerto por falta de riego, pero conservando sus elementos minerales fisiológicos por la rapidez con que fué atacado, proyectaba en la pantalla la misma imagen que si estuviera vivo.

Conviene en este punto precisar que disponemos de un medio para evitar esta equivocación. La placa sensible de gelatino-bromuro de plata, al ser impresionada por los rayos Roentgen, produce una imagen en la cual se aprecian detalles que la retina no puede percibir. Si aquí hubiéramos hecho una radiografía, habríamos percibido la línea divisoria en los límites del secuestro y el tejido epifisario.

Como esto es una sencilla nota clínica, no debo en ella tratar los medios de que podemos valernos para en casos semejantes regenerar la diáfisis del hueso, ó al menos intentar regenerarla por la conservación de trozos de periostio é injertos de diferentes substancias.

Mi objeto ha sido únicamente hacer constar para lo sucesivo que *algunas veces la imagen radioscópica, diciendo la verdad, puede inducirnos al error.*

ALGUNAS COMPLICACIONES EN LOS TRAQUEOTOMIZADOS Y SU TRATAMIENTO

POR EL DR. JOSÉ HORCASITAS
Profesor de Oto-rino-laringología del Instituto Rubio.

La traqueotomía, que, como todos saben, es operación que llena una indicación vital de primer orden, cual es la de restituir la respiración en aquellos enfermos que, por cualquier causa, padecen de estenosis laríngea, estando amenazados de asfixia inminente y muerte por intoxicación carbónica, no se halla exenta de complicaciones que pueden comprometer seriamente la vida del operado, aunque la operación se haya practicado bien.

Aparte de la bronco-pneumonía infecciosa, que es debida á la caída de sangre en el interior de los bronquios, y no, como se ha

creído, á la entrada directa del aire por la cánula, suelen presentarse otras, y las más frecuentes son dos, de las cuales citaré algunos casos.

Es la primera las desviaciones de la tráquea, que, tocando la cánula en la pared de ella, impiden la libre entrada y salida del aire; y la segunda, la formación de cuerpos extraños producidos por las mucosidades, que, no pudiendo ser expulsados libremente por la cánula, obturan su orificio interno y no permiten respirar bien al paciente.

Estando encargado de la consulta de laringología del Instituto, por ausencia de mi maestro el Dr. Urruñuela, tuve que practicar la traqueotomía á un enfermo que padecía estenosis laríngea por laringitis fímica, acompañada de pericondritis laringo-traqueal, que producía una ligera tumefacción de la parte anterior del cuello. El operado quedó respirando bien; la tumefacción fué aumentando hasta producir un absceso, que dilaté con el bisturí á los dos días, dando salida á gran cantidad de pus. Al cuarto día de efectuada la operación, noté que, sin sofocación, el paciente no respiraba bien; practiqué algunos movimientos con la cánula, y me convencí que era debido á que el orificio ó extremidad interna del aparato tocaba en la pared de la tráquea por desviación de ésta, efecto de la pericondritis; coloqué otra cánula más gruesa y larga, y quedó respirando perfectamente, pero á la siguiente visita noté la misma dificultad que en la anterior; de nada había servido la nueva cánula colocada; practiqué varias pruebas con distintas cánulas, y sólo pudo respirar bien colocando la interna de Krishaber; mandé construir una que se asemejase á la forma de ésta, y todo marchó bien.

D. T. G. M.—Sujeto pletórico, de cuello grueso y abultado además por grandes infartos ganglionares de la región, producidos por un cáncer, y que fué operado de traqueotomía por estenosis laríngea que ocasionaba dicha lesión.

La operación la practicó mi querido amigo y compañero el doctor Carralero, ayudado por mí, sin ninguna dificultad, á pesar de la profundidad á que se encontraba la tráquea por las condiciones ya indicadas. Colocósele una cánula de grandes dimensiones, y el operado quedó bien; pero al hacer la visita de la noche, el practicante que dejamos de guardia nos manifestó que, en un golpe de tos, se había salido la cánula, y que tuvo necesidad de volverla á colocar. Al ver nosotros al paciente lo encontramos con alguna dificultad respiratoria por la cánula; á pesar de estar colocada dentro de la tráquea, no salía bien el aire. ¿Qué pasaba? Que por efecto de la compresión que ejercían los ganglios infartados sobre la tráquea, ésta se hallaba dislocada, y la extremidad ú orificio interno del apa-

rato tocaba en la pared de ésta, y obturando dicho orificio, impedía la libre entrada y salida del aire; colocamos la cánula en la posición necesaria para vencer esta dificultad, y restablecida la respiración, observamos algún tiempo, quedando convencidos de que se había resuelto el conflicto; dejamos al enfermo al cuidado del practicante hasta la visita de la mañana, y nos manifestó éste que á las pocas horas de marchar nosotros había vuelto el paciente á la misma situación, y que él practicó la misma manipulación que nosotros, colocando la cánula en la misma posición que la habíamos dejado; pero como este accidente ocurría con frecuencia, había necesidad de vencerlo. En vista de ello, me decidí por colocar la cánula flexible en espiral, que se adapta bien á las desviaciones y nos resolvía esta complicación.

Con esta cánula se solucionó el conflicto, pero temporalmente, pues aunque en las veinticuatro horas siguientes nada pasó, no puede dejarse permanente, porque para su limpieza, como no tiene cánula interna, hay que sacarla con frecuencia, y nos exponemos á que se retraiga la fístula y cueste trabajo volverla á colocar; además, esta cánula, por su construcción, hace que sus espirales se abran y cierren, cogiendo pellizcos en la fístula, que molestan y hacen dolorosa la manipulación.

En vista de que así no podía seguir el enfermo, consultado el caso con nuestro inolvidable director el Dr. D. Federico Rubio, éste me aconsejó la construcción de una cánula en forma de ángulo obtuso, á fin de que su extremidad inferior no tocase en la pared anterior de la tráquea. Con esto se consiguió que el enfermo respirase sin ninguna dificultad, y se construyeron dos iguales para poderla mudar dos veces al día.

Otra de las complicaciones que con frecuencia suelen ocurrir en estos operados es la formación de cuerpos extraños en la tráquea, por secarse las mucosidades y unirse partículas del aire inspirado. Esto ocurre en algunos operados por cáncer laríngeo, y muy frecuentemente en los ozénicos, cuya enfermedad se propaga á la tráquea. Citaré dos casos importantes de esta complicación.

Había operado el Dr. Urruñuela á un distinguido compañero por cáncer laríngeo, en Febrero (no recuerdo el año), y en Agosto fuí avisado con urgencia porque padecía accesos frecuentes de sofocación, por interponerse un obstáculo en la abertura interna de la cánula, que impedía la libre entrada y salida del aire por la misma; al ver al enfermo, lo encontré en una situación verdaderamente aflictiva: á cada instante se interrumpía la respiración, provocándole accesos de sofocación, hasta el punto de producir cianosis; de repente desaparecía el obstáculo, y seguía respirando; no quedaba

duda de que un cuerpo extraño se interponía al libre paso del aire; quité la cánula, le hice toser fuertemente, introduje una pinza larga por la fístula, cogí con ella el cuerpo extraño, y extraje un enorme tapón de moco duro y cilíndrico, de unos seis centímetros de longitud, y en su extremidad adheridas bastante cantidad de mucosidades blandas; quedó bien, pero al día siguiente se presentaron los mismos fenómenos, aunque menos acentuados; practiqué la misma operación, y extraje otro tapón de menores dimensiones que el anterior. Le aconsejé inhalaciones por la cánula con un cocimiento emoliente, al que se agregaba una cucharada de aceite mentolado al 5 por 100, y no volvió á tener novedad.

En Abril del año anterior fuí avisado con urgencia para ver á una señora que padecía accesos de sofocación. Reconocida la enferma, me encontré con que padecía una rino-faringitis ozénica, y esta afección se había propagado á su laringe, provocando una laringitis de la misma índole con edema acentuado de la glotis. Practiqué la traqueotomía y no ocurrió novedad, siguiendo la operación su curso ordinario. Una noche me avisaron porque la paciente no respiraba bien; de tiempo en tiempo se ponía un obstáculo en la cánula, que le producía los mismos accesos de sofocación que antes de ser operada; después de grandes esfuerzos arrojaba por la cánula gran cantidad de mucosidades secas y duras, y volvía á respirar bien; era evidente que su afección se había propagado á la tráquea, y las dichas mucosidades se adherían á la extremidad interna de la cánula; coloqué otra más gruesa y larga, y le aconsejé las mismas inhalaciones empleadas en el caso anterior y una disolución de ioduro potásico al interior, con objeto de que, al ser eliminado por la mucosa respiratoria, fluidificase las mucosidades. La enferma marchó bien y se encuentra curada, llevando la cánula tapada, que no ha querido que se le quite por miedo á que se tenga que practicar nuevamente la operación.

DOS CASOS DE CUERPO EXTRAÑO DEL OÍDO

Por el Dr. Villar Urbano
De Málaga.

Conocidos los procedimientos tan imprudentes como peligrosos que siguen algunos médicos cuando se trata de cuerpos extraños alojados en el conducto auditivo ó en la misma caja timpánica, tenemos el deber, los que cultivamos los estudios otológicos, de publicar cuantas observaciones de este género se sometan á nuestra consideración, bien entendido que, siguiendo esta línea de conducta, con-

tribuiremos ciertamente á desterrar de la práctica médica vicios y corruptelas que hablan en tono nada favorable del nivel intelectual de un país y de la poca atención que se concede al desenvolvimiento de los grandes progresos realizados en el espacioso campo de la moderna Otología.

Fundado en estas razones, voy á narrar sucintamente la historia de dos casos por mí observados y tratados recientemente.

La señorita M. S., de Córdoba, edad de diez y ocho años, y accidentalmente en Málaga, tuvo la mala fortuna de introducirse en el oído derecho una simiente de limón cuando se hacía la *toilette* de la facies con un trozo del indicado fruto.

Sorprendida, como es natural, por el accidente, lo comunicó á su familia, quien, sin perder momento, requirió los auxilios de un médico que casualmente se hallaba en la misma casa.

Nuestro colega acudió á la demanda, y provisto de sólida pinza como único instrumento, comenzó á ejecutar tentativas de extracción á diestra y siniestra, arrancando gritos de dolor á la enferma, y provocando, como consecuencia de maniobras tan intempestivas, un fuerte síncope que la hizo caer desplomada, al mismo tiempo que su cuello era manchado por un hilo de sangre que fluía del oído.

Justamente alarmada la familia ante el cuadro tan desagradable como imponente que se ofreció á su vista, reconvino al compañero haciéndole desistir de su empeño, y decidió traerla á mi clínica para resolver la situación.

Reconocida la enferma, observé que la entrada del conducto auditivo, y lo que penosamente podía ver de sus paredes, se hallaban traumatizados y sembrados de erosiones más ó menos profundas, siendo la inflamación tan acentuada que no permitía la colocación del espéculum.

Semejante situación no me autorizaba, según mi criterio, á intentar por el momento la extracción del cuerpo extraño; juzgué más prudente desinfectar el oído con solución de formalina al milésimo, é instilar después unas cuantas gotas de glicerina fenolada, ordenando el reposo absoluto y esperar al día siguiente.

Transcurridas veinticuatro horas, la reconocí nuevamente, y pude apreciar el descenso que había sufrido la inflamación, aunque no en grado suficiente para permitirnos emprender las maniobras de extracción, toda vez que los diámetros del cuerpo extraño eran mayores que los de la limitada luz del meato auditivo. Opté por continuar el mismo tratamiento y esperar hasta otro día.

Como supuse, durante este segundo plazo continuó disminuyendo la inflamación, en términos que, apreciada exactamente la situación del cuerpo extraño mediante el espéculum, decidí extraerlo.

Antes de nada recurrí á las inyecciones forzadas con la jeringa, y no logrando mi propósito con esta sencilla maniobra, me valí del pequeño gancho de oídos, consiguiendo, con paciencia y no escasas dificultades, desplazar el cuerpo extraño y retirarlo del fondo del conducto auditivo, donde se hallaba bien encajado y en inmediato contacto con la membrana timpánica.

Terminada felizmente nuestra intervención, continuó asistiendo la enferma á la clínica cinco días más, que fueron suficientes para lograr la *restitutio ad integrum* de los tejidos que habían sido despiadada é imprudentemente traumatizados.

Trátase en el segundo caso de un niño de ocho años de edad, natural de Málaga, á quien un compañero suyo le introdujo en el oído derecho una simiente de algarrobo cuando jugaban en el colegio.

Al regresar á su casa dió cuenta á su madre del accidente que acababa de sufrir, y ésta avisó á su médico inmediatamente.

Nuestro compañero intentó, con idénticas maniobras á las descritas en el primer caso, la extracción del cuerpo extraño, si bien no llegando á producir el síncope, tal vez porque la indocilidad del rapazuelo, la sangre que manaba del oído y el dolor que le provocaba el contacto de la pinza con las paredes del conducto auditivo impidiesen al médico maniobrar libremente, pues cuantas veces intentó conseguir su objeto otras tantas se defendía heroicamente el enfermo; y convencido de que nada conseguiría, lo acompañó á mi clínica, suministrándome los antecedentes del caso.

El examen nos mostró la tumefacción que sufrían las paredes del conducto auditivo, la cual, no siendo demasiado acentuada, me permitió cómodamente diagnosticar, mediante el pequeño espéculum de Jansen, la existencia del temible huésped y su exacta posición en el fondo del conducto.

Para lograr eliminarlo comencé haciendo uso de las inyecciones á fuerte presión con la jeringa, y no logrando mi propósito, recurrí, como en el caso anterior, al ganchito de oídos articulado á su mango en ángulo obtuso, con el cual, y con bastante paciencia y más suavidad para no provocar dolor ni causar mayores males, extraje la simiente, terminando *ipso facto* los sufrimientos de nuestro enfermo.

***

Estos dos elocuentes ejemplos son clínicamente muy instructivos, y demuestran con matemática claridad la conducta que el médico pantiatra debe observar frente á casos de cuerpo extraño del oído, conducta que puede resumirse en la siguiente regla:

Siempre que se presente á la observación del médico un caso de

cuerpo extraño del oído, tratará de eliminarlo mediante irrigaciones á fuerte presión con la jeringa, no tanteando *jamás* su extracción con algún otro medio ó instrumento si con el primero no lograra su objeto, en la seguridad que, procediendo de esta manera, se evitará desagradables sorpresas y no causará daños cuyas consecuencias pueden ser fatales, no sólo para el funcionalismo ulterior del órgano auditivo, sino hasta para la misma vida del individuo, según nos enseña la historia.

DOS PALABRAS ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LAS SUPURACIONES AGUDAS, NO TUBERCULOSAS, DE LA PRÓSTATA

POR EL DR. CARLOS NEGRETE
Del Instituto Rubio.

Encontrándome en París á primeros de Octubre del pasado año, con motivo de los trabajos preparatorios para la constitución de una Asociación Internacional de Urología, y teniendo lugar también en dicha fecha las reuniones anuales de la Asociación Francesa de la citada especialidad, me dirigí hacia la Facultad de Medicina el día 10 del mes supradicho, á las dos de la tarde, hora fijada de antemano para dar comienzo á las sesiones.

En el anfiteatro pequeño, y bajo la presidencia del Dr. Escat, de Marsella, empezó la sesión, previa lectura del saludo del venerable y sabio maestro Guyon, al que recientes y dolorosas desgracias de familia impidieron asistir.

Después de leída la Memoria del secretario general (Dr. Desnos, de París), y verificadas las elecciones de nuevos miembros, se procede á la discusión de la cuestión puesta á la orden del día, cuyo enunciado era: *Diagnostic et traitement des suppurations non tuberculeuses de la prostate*, y encargado del informe el Dr. Oraison, ayudante de clínica de la Facultad de Medicina de Burdeos.

No creo que en ninguna ciencia, y menos en Medicina, se haya dicho la última palabra, sobre todo en patología y terapéutica; pero confieso ingenuamente, y conmigo alguno de los asistentes á aquel acto, que sufrí cierta decepción después de oir el luminoso y bien nutrido informe científico del Dr. Oraison.

Al ver que se ponía á discusión este tema, dudé de mí mismo, es decir, de las creencias que yo tenía respecto á este asunto; me explicaré: desde los tiempos de Segond (1) se había dado por dilucida-

(1) *Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique.* Th. Paris, 1880.
Des avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et périprostatiques. Soc. chirurg., 1885.

da y aceptada casi como dogmática la intervención por vía perineal de los abscesos de la próstata, por ser la más racional, científica, lógica y de mejores resultados; con sumo gusto, y ávido de cosas nuevas, seguí al Dr. Oraison en su informe, en el que al final, y sintiéndose un poco reaccionario, á mi juicio, abogaba y volvía por los fueros de la antigua incisión de los abscesos prostáticos á través del recto, y ésta fué mi decepción.

Al final de la sesión y de la discusión saqué la consecuencia práctica de que estaba en lo firme el radicalismo de Segond, y quedé con mis convicciones, en la seguridad que el plato científico que se nos había presentado no variaba en el fondo; únicamente era distinta la forma... pero los comensales ya hace tiempo votaron por mayoría el modo de servirlo, contando siempre con las consabidas excepciones ó minorías que confirman la regla.

Algunos abscesos de la próstata he visto operar y he operado; en todos ellos se siguió la vía perineal, con magnífico resultado, oscilando de veinte á veinticinco días el tiempo en que han cicatrizado, sin ulteriores consecuencias. Depende, en mi sentir, el éxito no sólo del método seguido, sino del momento oportuno de la intervención; descartando, por de contado, el confiar á la naturaleza la salida del pus, que indefectiblemente es por uretra, recto ó vejiga, puesto que por el periné se lo impiden las fuertes aponeurosis de la región.

Clásica es ya la división de los abscesos de la próstata en intraprostáticos y peri-prostáticos, y la subdivisión de los primeros en tres formas: 1.ª, prostatitis foliculares supuradas; 2.ª, abscesos miliares parenquimatosos; y 3.ª, grandes abscesos que pueden abarcar la glándula entera. Las prostatitis foliculares no son verdaderos abscesos y están constituídas por dilataciones de los canalículos y acinis en los que el revestimiento epitelial está más ó menos alterado; en la trama celular intersticial existe ligerísima infiltración leucocitaria mono y polinuclear; la continuada diapedesis de leucocitos, invadiendo el parénquima, da lugar á la variedad de abscesos miliares parenquimatosos que, abriéndose los unos en los otros, constituyen el verdadero absceso (forma 3.ª), que por su mismo origen demuestra los diversos caracteres con que se presenta en clínica: de paredes irregulares, anfractuosas, atravesado por bridas fibrosas y á veces separado por uno ó más tabiques, formando cavidades comunicantes ó no; hecho que es preciso tener presente al intervenir quirúrgicamente.

Las supuraciones peri-prostáticas, en ocasiones primitivas, como consecuencia de lesiones de recto, vesículas, etc., son la mayor parte de veces originadas por lesiones infecciosas uretro-prostáticas; la invasión puede ser de dos modos: ó bien los tejidos peri-prostáticos par-

ticipan de la inflamación, constituyendo el flemón difuso, ó ya el absceso intraprostático se rompe violentamente ó poco á poco en el tejido celular que le rodea, formando el flemón circunscrito.

Aparte las causas ocasionales y predisponentes á cuyo cargo puede contarse la congestión de la glándula, los puntos de partida de la infección son la uretra y el intestino; y los agentes infecciosos, el gonococo en primer término, estreptococo, estafilococo, colibacilo y sus toxinas.

Admitiendo desde luego que la uretra gonocócica es la responsable en la inmensa mayoría de casos, hay dudas acerca de la existencia de abscesos de la próstata de origen puramente intestinal (con uretra sana); y si es verdad que hay autores que lo admiten, la última palabra sobre esto la dijo Motz (jefe del laboratorio histo-bacteriológico del servicio de vías urinarias del hospital Necker) en la sesión á que hago referencia: «La existencia de prostatitis de origen intestinal no está demostrada; la extraordinaria rareza de propagación del cáncer de la próstata al recto habla en favor de la ausencia de comunicación entre los linfáticos de dichos órganos».

Respecto á sintomatología, dice Segond en su tesis: «Es preciso distinguir dos formas de prostatitis: la una, verdadero flemón, que conduce rápidamente á la supuración, con todos los caracteres de una flegmasía francamente aguda; la otra, más insidiosa y menos aguda en su evolución».

En este último caso los síntomas están tan atenuados, que es difícil hacer un diagnóstico preciso: un ligero escalofrío, fiebre muy pequeña, sensación de peso no muy acentuada en el periné, cierta dificultad y dolor á la micción forman el cuadro, que termina en muchas ocasiones por una ó dos emisiones de orina con pus y sangre, volviendo todo á la normalidad; no siempre terminan tan favorablemente; estos abscesos submucosos, aunque no perceptibles al tacto rectal, producen tantas molestias como los grandes, y son de larga duración. La sintomatología de los grandes abscesos es clara, de gran aparato: escalofríos intensos, fiebre alta, mucho dolor y peso en la región pèrineal, grandes dolores á la micción, con sensación de quemadura á todo lo largo del canal; retención de orina más ó menos completa, estreñimiento pertinaz, defecación dolorosa, son todos signos que, combinados con los datos que proporciona el tacto rectal, permiten diagnosticar el absceso de la próstata; no debe recurrirse á la exploración por la uretra, porque, sobre dar pocos datos y ser dolorosísima en ocasiones, encierra verdaderos peligros.

Una vez constituído el absceso prostático, lo verdaderamente quirúrgico es abrir ampliamente por vía perineal; y no sólo quirúrgico: es un principio de patología general dar salida al pus donde se

encuentre; esperar á que la naturaleza lo resuelva (como quieren algunos y felizmente escasos abstencionistas) por abertura espontánea en recto ó uretra, es tener la casi seguridad de añadir una complicación.

Para abrir un absceso de la próstata por vía perineal, he aquí el manual operatorio: enfermo colocado en posición de talla perineal, con las extremidades fuertemente dobladas sobre la pelvis; incisión curvilínea de concavidad posterior y á dos traveses de dedo por delante del orificio anal (la longitud de la incisión debe ser de 7 á 8 centímetros cuando menos); con el bisturí se cortan las fibras músculo-aponeuróticas que unen el ano con el bulbo, el cual se eleva por medio de pinzas; despegando con el dedo, se ve en la línea media una banda músculo-fibrosa: es el músculo recto-uretral que une la ampolla rectal con la aponeurosis media; incíndese hacia arriba, lo más cerca posible de la uretra (incindiendo perpendicularmente puede herirse el recto), y ya disecando á dedo se puede penetrar lo que se desee en el espacio retro-prostático; para tener más espacio, colóquese una valva que tire hacia abajo de toda la región recto-coxígea, y á la vista el absceso, se incinde con el bisturí, é introduciendo el dedo para unificar la cavidad, se limpia bien; póngase drenaje con tubo ó tira de gasa, y cura apropiada, que se renovará á diario.

Que la vía perineal es el método de elección se explica perfectamente por la disposición de los órganos de dicha región y por la necesidad de evacuación amplia y directa del pus: por el periné se puede hacer gran incisión; por el recto, si se hace pequeña, no es suficiente; si se hace grande, puede quedar una fístula: por el periné se hace á luz directa; por el recto, casi á ciegas; por el periné se desagua al exterior; por el recto se desagua indirectamente, y hay que esperar la cicatrización en comunicación con una cavidad naturalmente séptica: la vía uretral pasó justamente á la historia tiempo ha.

Y, por último, obsérvese detenidamente al enfermo, hágase tacto rectal á diario, para intervenir con oportunidad.

Los abscesos foliculares y miliares parenquimatosos son susceptibles de curación por el masaje de la próstata, lavados uretrales, irrigaciones rectales calientes, supositorios de ictiol, belladona, etc.

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

EL TRATAMIENTO DE LA ENTEROCOLITIS MUCO-MEMBRANOSA

Régimen alimenticio.—Lavados intestinales.—Curas hidrominerales.

POR EL DR. MAURICE LANGENHAGEN
Médico consultor en Plombières.
TRADUCIDO POR EL DR. D. DIONISIO GÓMEZ HERRERO

El estudio de la colitis muco-membranosa ha tomado en estos últimos años una gran extensión, á consecuencia de los numerosos trabajos que han sido publicados principalmente en Francia (Germain Sée, Potain, Dieulafoy, G. Lyon, A. Mathieu, de Langenhagen). La descripción de esta enfermedad, para ser clara y completa, necesita hoy de tales desarrollos, que traspasaría los límites de un artículo de periódico. Me limitaré, pues, á exponer aquí el estado de la cuestión en lo que concierne exclusivamente al tratamiento de la enfermedad, enviando, para todo lo que hace relación á la historia, sintomatología, complicaciones, etiología y patogenia, á los trabajos de los autores arriba mencionados.

Es, sin embargo, preciso que antes de entrar en lo interesante de mi objeto presente al lector un cuadro clínico, tan abreviado como sea posible, de esta afección, y que resuma en algunas líneas sus trazos más principales, según resultan de las más recientes memorias. Los que deseen detalles más completos, los encontrarán en la lectura de mis publicaciones anteriores (1).

La colitis muco-membranosa es una inflamación catarral crónica de la membrana mucosa del intestino grueso. Es una enfermedad diatésica, constitucional, en la cual el elemento parasitario ó microbiano puede jugar algún papel, probablemente secundario y accesório; no es contagiosa. El terreno ó constitución sobre el que toma nacimiento es el terreno artrítico y nervioso á la vez, ó neuro-artrítico, hoy tan considerablemente repartido, desarrollado y generalizado por las condiciones de la vida moderna, las faltas repetidas de

(1) De Langenhagen: La enterocolitis muco-membranosa: síntomas, etiología y tratamiento. París. (*Semaine médicale*, 5 Enero 1898.)—Pesquisas sobre ciertos puntos controvertidos de la historia de la enterocolitis muco-membranosa. (*Presse médicale*, Mayo 1901.)—Los grandes lavados intestinales en el tratamiento de la colitis muco-membranosa. (*Presse médicale*, 18 Mayo 1906.)

higiene, el *surmenage*, la herencia, la agitación, las grandes poblaciones. Decir en qué medida los dos elementos, en artrítico y nervioso, se encuentran asociados en la génesis de la colitis es cosa difícil y variable seguramente en cada individuo; pero lo que hay de cierto es su combinación—todas las estadísticas atestiguan que crea terreno favorable sobre el cual se implanta la colitis. En ciertos sujetos es el elemento artrítico el que predomina, y se observa generalmente que en ese caso la colitis es menos severa y más fácilmente curable; en otros hay, al contrario, preponderancia del elemento nervioso, se trate de neurósicos, desequilibrados nerviosos que presentan probablemente una neurosis primitiva del sistema del gran simpático, en los cuales la atonía y el catarro del intestino constituirían más que una de las localizaciones.

Bajo el punto de vista sintomático, la colitis muco-membranosa está caracterizada esencialmente por atonía intestinal muy pronunciada y por secreción más ó menos abundante de mucosidades ó de seudomembranas que son arrojadas con las heces. Si el mucus es expulsado á fuerza y á medida de su formación, aparecerá bajo la forma de mucosidades filamentosas análogas á la clara del huevo y algunas veces mezcladas con sangre; si, por el contrario, el moco se estaciona durante algún tiempo en los repliegues del intestino, se deseca, se deshidrata y se presenta bajo el aspecto de productos membraniformes de formas diversas (cintas parecidas á fideos, macarrones, segmentos de tenia, etc.).

La atonía intestinal se manifiesta por constipación tenaz, generalmente anterior á la aparición del catarro, y es precisamente el estreñimiento prolongado el que á la larga concluye por determinar la irritación mecánica de la mucosa, su inflamación superficial y la hipersecreción de sus glándulas. Con bastante frecuencia, sin embargo, se observan alternativas de constipación y de cámaras diarreicas, y algunas veces también, excepcionalmente, diarrea permanente.

A esos dos síntomas principales de la enfermedad se puede añadir un tercero, que falta rara vez: los dolores, que yo los he dividido en dolores habituales (sensación de peso, de malestar sordo), ocupando con más frecuencia las fosas ilíacas y apareciendo con preferencia cuatro ó cinco horas después de las comidas, y en dolores paroxísticos, verdaderas crisis muy intensas que duran varios días, obligan al enfermo á acostarse y son tomadas frecuentemente por accesos de cólicos hepáticos ó de oclusión intestinal. Estos dolores corresponden á un estado de espasmo más ó menos violento, más ó menos generalizado, del intestino grueso.

Objetivamente, se comprueba en los enfermos atacados de ente-

rocolitis una pared abdominal muy flácida y muy depresible, un estado de relajamiento y de dilatación notables de ciertos segmentos del intestino grueso, alternando con la dureza y el espasmo de otros; así, el ciego aparece comúnmente como una morcilla más ó menos dilatada; al contrario, la S ilíaca (asa sigmoídea) está ordinariamente contracturada, y forma una especie de cuerda llamada *cuerda cólica*. Muy frecuentemente hay enteroptose ó descenso general del intestino, notablemente del colon transverso, y con frecuencia también el riñón derecho desciende más ó menos (riñón flotante).

Los trastornos funcionales del estómago y del hígado (flatulencia, dilatación, hipo ó hiperclorhidria, oligocolia ó policolia) acompañan los síntomas intestinales y pueden algunas veces enmascararlos, hasta el punto que los médicos poco familiarizados con la colitis no vean en estos enfermos más que simples dispépticos. La litiasis intestinal es una complicación frecuente; se manifiesta por la presencia de arenas en las heces. Las relaciones de la apendicitis con la colitis muco-membranosa han dado lugar á numerosas controversias. Sin traerlas aquí, diremos simplemente que, causa-efecto ó pura coincidencia, las formas subagudas ó crónicas de la apendicitis acompañan con bastante frecuencia á la colitis.

El estado general está ordinariamente muy alterado: se observa adelgazamiento marcado de los sujetos; en las mujeres, los trastornos uterinos ó útero-anexiales complican con frecuencia la situación. Por último, el estado nervioso es siempre muy acentuado; hay también fenómenos reflejos variados (intermitencias cardíacas, palpitaciones, vértigos, crisis de disnea y de sofocación, síncopes, etc.), y desde un decaimiento nervioso general hasta la neurastenia más pronunciada; porque si estos enfermos son de los nerviosos de origen, es necesario saber bien que la colitis, una vez instalada en ellos, refuerza y exalta los fenómenos neuropáticos anteriores.

Tal es, á grandes rasgos, el cuadro de esta interesante enfermedad, sobre el tratamiento de la que deseo ahora extenderme con todos los detalles necesarios.

Algunos preceptos fundamentales dominan toda la terapéutica de la enteritis: es preciso dar á los pacientes una alimentación en relación con el estado de su intestino; es preciso vigilar que su intestino se halle libre de excrementos, y evacuarle, por un medio artificial adecuado, de los restos que, en razón de su atonía, es impotente para expulsar de un modo espontáneo. Por último, es necesario tratar de modificar el catarro intestinal y, si es posible, la diátesis neuro-artrítica de origen.

A estas indicaciones corresponden tres procederes terapéuticos principales, de orden higiénico más bien que medicamentoso, que vamos á examinar sucesivamente: el régimen alimenticio, los lavados intestinales y las curas hidrominerales.

I. *Régimen alimenticio.*—El problema consiste en alimentar al enfermo de manera que las materias excrementicias sean lo menos abundantes é irritantes posibles. En primer término la leche y los lacticíneos, cuando el enfermo los soporta. Se observa, con bastante frecuencia por cierto, en los enteríticos cierta intolerancia por la leche; en este caso es menester no obstinarse, y á veces es necesario suprimirla resueltamente de su alimentación. Pero esta intolerancia está lejos de ser tan absoluta como ciertos autores pretenden: gran número de enfermos gustan y soportan bien la leche, á condición de no obligarles á una alimentación láctea exclusiva; en este caso, sé les permitirá tomarla en cantidad moderada y asociada á otros alimentos. Estos alimentos serán sopas, con caldo desgrasado; harinas cocidas (harina de trigo, avena, maíz, arroz, racahout, arrowroot, harina lacteada, fosfatina, fosfo-cacao, etc.); los huevos, especialmente pasados por agua ó revueltos; pescados blancos ligeros, cocidos ó fritos (despojándoles de la piel frita); carnes siempre asadas ó á la parrilla (ni salsas ni guisados), bien cortadas ó divididas; sesos, molleja de ternera, jamón magro, pollo asado ó cocido.

Las legumbres deben ser permitidas en pequeña cantidad y exclusivamente bajo forma de purés. Lo más frecuentemente se limitarán á los purés de legumbres secas (guisantes, judías, lentejas) ó patatas, y se prohibirán las legumbres verdes. He observado, en efecto, que en los enfermos atacados de colitis membranosa las legumbres verdes, aunque sean en puré, pasan directamente á las heces sin haber sufrido ninguna digestión y son arrojadas tal como fueron ingeridas; por lo demás, su uso no disminuye la constipación y no excusa á los enfermos de tener que recurrir á los laxantes y lavados—su llamada acción de «escoba del intestino» es, pues, ilusoria.—Pero además de que estos alimentos son inútiles, son á la vez nocivos, porque sobrecargando el intestino átono, fatigado, producen aumento del catarro, de la irritación, de la secreción de mucosidades; es, pues, necesario prohibirlos resueltamente, salvo en aquellos enfermos, muy pocos, que los digieren y asimilan normalmente.

Las pastas, fideos, macarrones, constituyen un excelente alimento; se las hará cocer sencillamente con agua y sal, sin condimentos, añadiéndoles solamente un poco de manteca de vacas al tiempo de tomarlas; á casi todos los enteríticos les prueban muy bien; muy pocos tienen necesidad de suprimirlos ó de emplearlos

sin reservas, porque les producen flatulencias ó distensiones de vientre por gases.

Se hará uso con sobriedad de frutos cocidos, compotas, etc., cuyos pellejos son frecuentemente mal tolerados, y se recomendará, sobre todo, como postres, las cremas, flanes, puddings á la sémola ó al arroz.

Debe aconsejarse poco pan, y de preferencia tostado, ó productos similares. El vino debe ser completamente prohibido. En general, lo que conviene mejor como bebida es el agua pura, ó las infusiones calientes, ó una cerveza ligera, ó el extracto de malta mezclado con agua alcalina débil.

Se excluirán de un modo absoluto de la alimentación las grasas, los alimentos grasos (tales como patatas fritas, salteadas, etc.); los alimentos crudos (ensaladas, entremeses, etc.); los pasteles, las frutas crudas, los líquidos alcohólicos, los guisados, las especias, los crustáceos, la caza, los embutidos, la carne de cerdo, excepto el jamón magro. La prohibición será de rigor en lo concerniente á los líquidos alcohólicos, cualesquiera que sean: los enteríticos no pueden soportar el alcohol, que les quema, aumenta sus dolores y obra en ellos como verdadero veneno.

En los casos graves ó inveterados es necesario ser aún más severo, no permitiendo á los enfermos otro alimento que la leche (cuando la toleran) ó harinas, pastas, huevos. Según los casos, se dispone un régimen mixto de leche y yemas de huevo batidas, ó bien huevos y pastas, con un poco de jugo ó polvo de carne, ó carne bien triturada. A los enfermos graves es preciso prohibirles completamente el pan, aun bajo la forma de bizcochos. Si, por el contrario, la enfermedad se apacigua, se volverá muy progresivamente y muy prudentemente á la alimentación normal, excluyendo siempre las grasas, crudezas y el alcohol.

II. *Lavados intestinales.*—El empleo razonado y metódico de la irrigación intestinal me parece ser, á pesar de las objeciones que se le han hecho en estos últimos tiempos, el mejor método para tratar la enterocolitis muco-membranosa. Sus ventajas son numerosas: ante todo, el lavado intestinal constituye, por el hecho de producir la evacuación regular del intestino, tan deseable y tan importante, el proceder más seguro é inofensivo, el que presenta el mínimum de inconvenientes por el máximum de efecto.

Los purgantes, píldoras y otros laxantes fatigan el estómago, provocan cólicos y aumentan la congestión del intestino después de cada evacuación. En cuanto á la lavativa, no es sino un lavado pequeño; no tiene las cualidades propias del lavado, y presenta un inconveniente particular, que es embotar poco á poco la sensibilidad

de la ampolla rectal para percibir la necesidad de la defecación; los lavados carecen de este reproche, puesto que la cánula de que se sirve para ellos traspasa largamente el límite de la ampolla rectal y lleva el líquido bien por cima de la zona de esta sensibilidad especial.

Existen, es cierto, otros medios de asegurar la evacuación del intestino. Algunos enteríticos son sensibles á las pequeñas dosis de aceite de ricino, tomadas por la mañana en ayunas; pero muchos no pueden soportarlo. Otros soportan bien las lavativas de aceite de olivas, puestas al acostarse, en variable cantidad (50 á 200 gramos), y retenidas toda la noche; pero este medio, bastante desagradable, con frecuencia no da el resultado que de él se espera. El masaje, la electricidad, no tienen la mayor parte de las veces más que un efecto momentáneo, y son procederes demasiado costosos para ser empleados de un modo continuo. Desde luego, nada impide asociar estos diversos medios á los lavados de manera á asociar los efectos.

Pero no sabré yo insistir demasiado en que la expulsión de las materias fecales no es sólo el objeto de la enteroclisis: ella tiene aún por resultado efectivo limpiar, barrer, por decirlo así, el intestino, desembarazándole de las mucosidades y falsas membranas que se estacionan en sus repliegues y adhieren á sus paredes; y aun tiene la pretensión de despertar la contractilidad de sus túnicas, de descongestionar, de modificar la mucosa, de influenciar la secreción de las glándulas, de hacer, en una palabra, no sólo un efecto mecánico, sino modificador, verdaderamente curador y terapéutico.

El lavado intestinal debe, pues, ser mirado como una cura real y directa de la mucosa; esto explica por qué no sólo conviene en los casos de colitis con constipación, sino que también á aquellos otros en los que hay alternativa de constipación y diarrea ó de diarrea permanente.

No hay para qué decir que no hablamos más que de los lavados correctamente practicados, y que jamás pretendemos tomar la defensa de los lavados mal hechos, con presión demasiado considerable, una cantidad de líquido exagerada, etc. La técnica de estos lavados es por lo demás tan sencilla, que el enfermo, al cabo de algunas sesiones, adquiere con facilidad la costumbre de practicarla cuidadosamente.

En el caso más frecuente de enteritis muco-membranosa de forma atónica, sin contractura notable, con constipación tenaz y secreción glerosa abundante, he aquí cómo yo procedo:

La irrigación es hecha por medio de un bock inyector de dos litros, provisto de un largo tubo de 1,50 á 2 metros, á cuya extremidad se adapta una cánula blanda de caucho rojo, de 30 á 40 centímetros de longitud, de 10 á 12 milímetros de diámetro, cuyo extre-

mo libre está perforado por dos orificios laterales y opuestos para que si uno de ellos fuese obturado por un tapón de heces ó mucosidades, el otro permanezca libre. Se coloca el inyector á pequeña altura por cima del plano de la cama donde está acostado el enfermo, á 30, 50 ó 60 centímetros cuando más, de manera á obtener una presión extraordinariamente débil, y se abre despacio la llave de tal forma que el líquido salga lentamente (diez minutos para un litro).

El agua que sirve para el lavado es agua previamente hervida, adicionada ó no de substancias emolientes (granos de lino, malvavisco) ó medicamentosas débiles (biborato ó bicarbonato de sosa, ictiol), pero nunca cáusticas é irritantes, tales como ácido bórico, sales de plata, permanganato de potasa, etc. La temperatura puede variar entre 36° á 48° centígrados; las temperaturas de 36° convienen á aquellos casos en que existe tendencia al espasmo y á la intolerancia del intestino; las temperaturas de 44° y por cima sirven sobre todo cuando hay atonía sin espasmo y se quiere excitar la fibra muscular lisa y despertar su contractilidad.

La dosis de líquido á emplear varía de un litro, y aun menos, á uno y medio litros, según la tolerancia del enfermo y su grado de costumbre.

El paciente debe estar acostado horizontalmente al principio de la operación, después inclinarse ligeramente sobre el lado derecho, hasta acostarse completamente sobre la cadera derecha, de manera á favorecer la penetración del líquido hasta las partes más distanciadas del colon. Es, en efecto, en estas partes lejanas fin del colon transverso, codo transverso-ascendente ciego, en donde se acumulan de preferencia las materias fecales; es allí también donde se halla con más frecuencia el sitio más principal de la inflamación cutánea y el lugar de producción más activo de las muco-membranas; es, pues, allí en donde debe obrar sobre todo los efectos de la limpieza y la cura.

Por esta razón es por lo que yo trato de llegar bastante pronto á dosis elevadas de líquido, pero no aumento la cantidad sino progresivamente y á medida que el enfermo se halla bien acostumbrado á una más débil dosis. Al principio comienza por tres cuartos de litro, después llega gradualmente á uno y medio litro, y el máximum 1 $^{3}/_{4}$ litro de una vez. De un modo general, prefiero que los enfermos hagan dos lavados consecutivos, el primero destinado á desembarazar el intestino de su contenido fecal, y el segundo á arrastrar las mucosidades y actuar sobre la mucosa previamente limpia. Se hace arrojar el primer lavado casi inmediatamente, y se trata de conservar el segundo durante cinco, seis ó diez minutos.

(Concluirá.)

INFECCIONES GRAVES EN LOS ABORTOS

Por el Dr. D. Francisco Botín

El aborto en los primeros meses de la gestación se mira con bastante descuido por parte de algunos médicos, y sobre todo por la mayoría de las mujeres: casi todas temen el momento de un parto á término y casi ninguna se preocupa por un aborto, creyéndolo cosa leve y de poca importancia, extrañándose, por ejemplo, de que se las obligue á guardar cama más de tres ó cuatro días; y, sin embargo, los abortos en la época dicha dan lugar á infecciones graves y aun mortales, no con la frecuencia de un parto á término, porque el calibre de las venas y linfáticos no está tan aumentado como á medida que avanza el embarazo, pero sí con alguna más de lo que debiera ser, si en el momento de presentarse los primeros síntomas, durante la expulsión del huevo y en el tratamiento consecutivo se pusiera el mismo cuidado y se guardaran las mismas precauciones asépticas que para asistir un parto á término.

Los tres casos que describo á continuación son una prueba palpable de lo que dejo dicho: en los dos primeros hubo dos infecciones tan graves, que una de ellas terminó con la muerte de la enferma dentro de la primera semana.

Observación I.—R. R., treinta y dos años, casada. Un parto normal hace cuatro años, seguido de un puerperio fisiológico. Un año después de este parto, sus menstruaciones, que siempre habían sido normales, presentáronse excesivas en cantidad y duración (siete y ocho días). En los intervalos menstruales había leucorrea, no muy abundante. Posteriormente al parto un aborto de dos meses, para el que no reclamó asistencia facultativa; duró unos cuantos días la expulsión de sangre y coágulos, y afortunadamente no tuvo consecuencias graves. Por último, en Diciembre de 1906 faltó la regla correspondiente al día 1.°, yendo esta falta precedida y seguida de pequeños trastornos por parte del estómago, iguales á los de otros embarazos. En 1.° de Enero de 1907, al cumplir la segunda falta menstrual, se presentaron dolores agudos é intermitentes en el bajo vientre, acompañados de pequeña pérdida de sangre, que por la noche aumentó, convirtiéndose en abundante hemorragia con expulsión de coágulos. Creyó que el aborto había terminado, y repitió el proceder que tan buen resultado la dió en el aborto anterior: no tener asistencia médica; hacerse ella misma irrigaciones vaginales, y seguir su vida ordinaria, sin guardar cama ni cuidado alguno, á pesar de continuar el derrame sanguíneo, aunque en pequeña cantidad.

Así estuvo los días 2, 3 y 4 de Enero. El día 5 notó que la sangre tenía mal olor. El 6 por la tarde fué acometida de un violento escalofrío durante media hora; pasó la noche febril; al amanecer suda copiosamente, encontrándose en la mañana del 7 tan mejorada que abandonó la cama; pero no fué por mucho tiempo, pues un nuevo escalofrío, tan intenso y duradero como el del día anterior, la obligó á volver á ella.

En este día fuí avisado, relatándome la enferma lo que llevo dicho.

La temperatura era entonces de 40°, pulso frecuente, 120 al minuto, tinte sub-ictérico de la piel, ligera disnea, facies alterada, diarrea fétida, lengua saburrosa.

La matriz aumentada de volumen, algo dolorosa; empastamiento difuso en la base de ambos ligamentos anchos; por el cuello del útero entreabierto fluía una secreción sanguinolenta, oscura, fétida, y trozos membranosos asomaban por el orificio y pendían en la vagina.

Aunque bien claro estaba que la invasión del parametrio por la infección era ya imposible de atajar, bien claro estaba también que en aquella matriz había restos ovulares, invadidos por los saprofitos, y consideré lo más urgente limpiar aquel útero sin pérdida de tiempo. Al día siguiente, después de abundante sudar, la temperatura descendió á 38,3, pero el pulso y el estado general eran el mismo.

Cloroformizada la enferma, y previas las prácticas de asepsia correspondientes en toda intervención, dilaté gradualmente el cuello con tallos metálicos de Hegar, hasta dar paso al dedo índice, y extraje algunos trozos más voluminosos de restos embrionarios, acabando de separar con la cuchara de Tarnier otras pequeñas porciones, que, lo mismo que algunas de las anteriores, estaban en completa putridez. Una irrigación intrauterina con solución de permanganato potásico y un drenaje con gasa iodofórmica terminaron la pequeña intervención.

En los días siguientes, las temperaturas oscilaron entre 38,5 y 37,7; cesaron los escalofríos; la matriz se redujo de volumen, no segregando nada, pues la gasa que drenaba, y que se cambiaba todos los días, salió sólo ligeramente teñida de sangre. En cambio, el empastamiento parametral avanzaba por ambos lados, envolviendo al útero é inmovilizándole entre exudados. El pulso lo mismo en cuanto á frecuencia, 120, pero más deprimido; la respiración algo acelerada; las deposiciones seguían siendo fétidas; la enferma estaba inquieta, sin poder conciliar el sueño, y molestada por dolores pélvicos que se irradiaban hacia la región coxígea. En éste estado pasa-

ron los días 9, 10, 11 y 12. Desde el día 11 suprimí el drenaje uterino por considerarle innecesario, siendo sustituído por tres abundantes irrigaciones vaginales al día, á 50°, mediante cánula especial.

El día 12 la fiebre ascendió á 39°. El día 13, y precedido de un escalofrío, estalló un ataque de pelvi-peritonitis. Se timpanizó el vientre; los dolores eran intolerables; la temperatura llegó á 40°; aumentó la disnea y la frecuencia del pulso (130 al minuto); hubo náuseas y vómitos y tendencia al síncope. Pasados unos días, cedieron los dolores, el balonamiento y sensibilidad del vientre; el proceso inflamatorio pelviano invadió el tejido celular de ambas fosas ilíacas, apreciándose los exudados por la pared abdominal; el fondo de Douglas estaba ocupado por un gran plastrón, que hacía más relieve por el recto, abombando este intestino, que por el fondo de saco posterior; reconociendo por el recto, se notaban algunos puntos de reblandecimiento en la masa de exudados.

Tuvo una paresia vesical, cuya causa fué debida á la invasión por los exudados del tejido celular paravesical.

Las temperaturas oscilaban entre 39° y 40°, llegando el día 20 por la tarde á 40°,2. Se presentó delirio; la expresión de la cara era angustiosa; el pulso latía 138 veces por minuto, deprimido é intermitente, y aunque la fluctuación por el fondo de saco posterior no era muy clara, que había pus era indudable; y como, por otra parte, el estado de la enferma, agotándose por la fiebre supuratoria, no permitía esperar á que el pus viniera más á flor de mucosa, decidí practicar, en la mañana siguiente, 21 de Enero, una «colpotomía posterior».

Momentos antes de la operación sufre un síncope. Reanimada con cafeína y té con coñac, se desistió, por su estado, de cloroformizarla, y mientras un ayudante inyectaba 500 gramos de suero Hayen con cafeína, practiqué rápidamente la colpotomía, vaciándose una enorme cantidad de pus; y dejé colocado un drenaje con tubo de goma y gasa iodofórmica, que se cambiaba después cada tres días, previos lavados del saco con solución de lisol. La profundidad de la cavidad supurada era de 17 centímetros.

La tarde de la operación remitió la fiebre — 37°,5, — pero al día siguiente por la tarde volvió á marcar el termómetro 39°,5. El 23 de Enero por la mañana 38°, por la tarde 40°, estacionándose entre estas dos cifras, á pesar de disminuir rápidamente la supuración y de retraerse la cavidad del saco purulento. Habían cesado la diarrea y los dolores, pero el estado general continuaba siendo alarmante, siguiendo la depresión y frecuencia del pulso, la disnea, etc.

En los primeros días de Febrero, hubo fenómenos congestivos pulmonares y un foco pleurítico seco en la base del lado izquierdo.

A fines del mes de Febrero empezaron á remitir la fiebre y los demás síntomas, quedando la enferma apirética algunos días por la mañana. A primeros de Marzo entró en franca convalecencia.

Observación II.—F., multípara, veintiocho años. Vi por primera vez á esta enferma el día 26 de Mayo de 1907. Me refirió que había tenido dos faltas menstruales; pero como hacía algún tiempo padecía trastornos en sus reglas, consistentes en amenorreas pasajeras, no se creyó embarazada. El 20 de Mayo notó una pequeña salida de sangre, y algún dolor hacia la región sacra; creyó que se trataría de la mentruación, y no lo dió importancia, yendo á comer al campo con su familia; allí la sorprendió una gran hemorragia, que la produjo un síncope, siendo trasladada á su casa en un carruaje. Fué avisado su médico, quien, después de reconocerla y diagnosticar un aborto, dispuso lo más conveniente al caso. Siguió la lenta salida de sangre y coágulos, y el 23, un fuerte y único escalofrío, seguido de fiebre alta, anunció la gravedad de la infección. El día 26, como digo al principio de esta historia, fuí llamado para encargarme de esta enferma.

La hemorragia debió ser abundante, porque el color de los tegumentos y mucosas visibles indicaba una anemia grande. La temperatura era de 40°,6, el pulso pequeño y muy frecuente—140 pulsaciones por minuto,—lengua roja y seca, la expresión de la cara de estupor, facciones afiladas, sensorio torpe, voz temblona, disnea, y un temblor convulsivo agitaba los músculos de la mandíbula inferior y cuello, sin que hubiera trismo.

El vientre normal, sin balonamiento ni dolor; el útero, indoloro también, algo aumentado de volumen; fondos de saco flexibles; el cuello no era permeable al dedo, dando salida á una secreción sanguínea sin mal aspecto.

Al mismo tiempo que hice este reconocimiento, y para adquirir la certeza de si en la cavidad uterina quedaban productos retenidos, previos los cuidados de rigor dilaté el conducto cervical, y pasando el dedo no encontré más restos embrionarios que algún jirón de caduca sin nada sospechoso, que extraje con la legra, y terminé con un lavado de solución de lisol, colocando una tira de gasa iodofórmica, que llevé al fondo del útero.

Día 27.—El mismo estado. Remitió algo la fiebre por la mañana —5 décimas.—Pulso, 138. Por la tarde, 40°,6.

Retiré la gasa, que salió ligeramente teñida de sangre; hice un lavado con lisol precedido de otro con agua esterilizada, que salió limpia, y coloqué una gasa iodofórmica como el día anterior.

Día 28.—Temperatura, 40°,6 por la mañana, 40°,8 por la tarde.

Pulso filiforme. Aumenta la disnea. Nueva cura en la misma forma que las anteriores, prescindiendo de dejar drenaje.

Día 29.—Temperatura, 41°. Pulso incontable. Delirio. Muerte.

Observación III.—S. R., treinta y nueve años. Multípara. 3 partos normales y 2 abortos entre los partos. Faltó la regla correspondiente al mes de Marzo de 1907. A fines del mes de Abril aborta; la comadrona encargada de su asistencia dice que para que terminara el aborto hizo diversas manipulaciones, atreviéndose á tirar con unas pinzas del huevo ó partes de él que asomaban por el cuello; pasó cuatro días bien, el quinto algo febril; al séptimo, escalofrío y fiebre. Al día siguiente, al octavo de haberse iniciado el aborto, solicitaron mis auxilios. Había tenido un nuevo escalofrío; la temperatura era de 39°,9; pulso 100, lleno y regular; loquios fétidos, matriz grande, cuello permeable al dedo, estado general bueno.

Hice el raspado digital y con legra ancha, extrayendo bastantes restos ovulares, algunos en descomposición. Lavado con lisol y drenaje con tubo de goma y gasa iodofórmica. A los dos días todo entró en la normalidad.

*
* *

El tratamiento general empleado en los casos apuntados, como coadyuvante del local que ya queda dicho, no lo describiré detalladamente porque sería ofender la ilustración de los lectores de la Revista, cansándoles además con la enumeración de remedios por todos usados y de todos conocidos; así que me limitaré á nombrar algunos solamente.

En la enferma de la observación I usé como tónico y estimulante el alcohol á dosis bastante elevada, que soportó perfectamente; bebidas abundantes para estimular el riñón, inyecciones de suero Hayen á dosis de 500 gramos, repetidas dos y tres veces al día. Las complicaciones que se presentaron fueron combatidas: la pelviperitonitis durante el período agudo con hielo al vientre, opio al interior, más tarde fomentos calientes; los colapsos con aceite alcanforado, cafeína, suero, etc.; en los trastornos congestivos pulmonares acompañados de depresión cardíaca obtuve buen resultado con la digital, etc. Sólo quiero fijar la atención sobre el suero Merck y el collargol de Credé. Empleé el suero Merck en inyecciones de 10 c. c. durante doce días después de practicada la colpotomía, no viendo el más pequeño indicio favorable; debiendo de advertir que también le hemos usado en infecciones postoperatorias, habiendo sido también negativo su resultado; en cambio al suero Hayen á grandes dosis hay que concederle el valor que positivamente tiene, no como

específico desde luego, sino por sus propiedades de todos conocidas.

El collargol de Credé lo empleé á fines de Febrero, coincidiendo con su empleo la mejoría. Como no he tenido ocasión de volverlo á emplear, es imposible formar juicio por un solo caso.

En la enferma segunda, además del suero Merck y suero de Hayen, se recurrió á la balneación, sin que á pesar de este poderoso medio se consiguiera rebajar la fiebre una sola décima; el día 28 de Mayo por la tarde entró en el baño con 40°,8, y con 40°,8 seguía cinco minutos después de salir del agua.

En el caso de la observación III no se puso en práctica más tratamiento que el local.

Antes de hacer algunas consideraciones acerca de los casos descritos, admitiremos para mayor claridad la división hecha de esta clase de procesos por algunos autores, denominando «intoxicación pútrida» á la producida por los microbios de la putrefacción, microbios que no emigran por el interior de las venas y linfáticos, que fabrican sus venenos sobre productos retenidos, venenos que son absorbidos por el organismo, dando lugar á la enfermedad, y llamando infección á la producida por microorganismos que, como los estreptococos, penetran y emigran por el interior de los vasos venosos y linfáticos, dando lugar unas veces á infecciones localizadas en el tejido celular si siguen la vía linfática, otras á infecciones generalizadas si siguen la vía venosa, y á veces á infecciones mixtas.

En la enferma primera la infección fué mixta, empezando por una intoxicación pútrida; los colgajos de membranas que, pendientes del útero, colgaban en la vagina, sirvieron de paso á los estreptococos (1) hasta el interior de la cavidad; encontráronse allí con un gran terreno de cultivo para multiplicarse en los productos retenidos en descomposición, invadidos ya por los saprofitos, y penetrando por los linfáticos y las venas, invadieron los parametrios y el torrente circulatorio, difundiendo la infección por todo el organismo, como lo probaban el estado del pulso, respiración y el aspecto general de la enferma, que no correspondían á una infección localizada y menos á una intoxicación pútrida pura, pues en estas dos formas, sobre todo en la última, nunca hay depresión del pulso ni gran frecuencia; la respiración no está alterada y el estado general es bueno.

La enferma II fué el tipo de la mal llamada septicemia aguda. La rapidez del curso, el escalofrío único, la fiebre sostenida sin re-

(1) Si siempre hablo del estreptococo, es porque es el microorganismo que más frecuentemente es causa de las infecciones puerperales, sin que quiera decir que sea el único capaz de producirlas.

misión alguna, el estado cerebral, todo indicaba la gran virulencia del estreptococo invadiendo la circulación general, sin localización ninguna, y provocando la muerte por colapso tóxico del corazón.

En las intoxicaciones pútridas puras —observación III,—con el raspado digital é instrumental se obtienen los más brillantes resultados; á veces rápidamente, si se instituye el tratamiento al poco tiempo de iniciadas las primeras absorciones; otras veces hay que continuar por algún tiempo el tratamiento local intrauterino—lavados y drenaje;—pues cuando el proceso ha penetrado profundamente en el endometrio, es necesario ayudar desde afuera con un tratamiento apropiado á los leucocitos que, trabajando por dentro, interponen una valla de granulaciónes entre la capa muscular de la matriz y la decidua, separando así lo sano de lo enfermo, impidiendo de este modo el avance del proceso necrótico, siendo la curación la regla general.

Este caso nos enseña además que no se debe tirar del huevo ó partes de él que asomen por el cuello, cuando oponen algo resistencia, porque se rasgan sus envolturas, transformando así en aborto incompleto lo que hubiera sido completo, dejando á las fuerzas naturales el cuidado de la expulsión; cuando por indicaciones especiales sea preciso terminar un aborto inevitable, lo mejor es dilatar el cuello, bajo la acción del cloroformo ó no, según los casos, y con los dedos desprender, ó terminar el desprendimiento ya iniciado, y si el huevo estuviera ya desgarrado, terminar con una legra ancha de separar las pequeñas porciones de membranas. No creo prudente emplear la legra para los grandes trozos placentarios, que en vez de arrastarlos íntegros, los desgarra; he visto una hemorragia de mucha gravedad por hacerlo así: para las masas mayores, el dedo; la legra sólo para terminar de extraer los trozos de membranas que quedan en el interior de la cavidad.

Una corriente moderna contraindica el uso del raspado y de los lavados intrauterinos en las infecciones, fundándose en que se abren nuevas bocas venosas y linfáticas que sirven de puerta de entrada á los gérmenes, citándose casos de peritonitis rápidas y mortales consecutivas á un legrado.

Sería gran atrevimiento, con los pocos casos que podría presentar, querer contrarrestar la opinión de tocólogos eminentes que, con clínicas numerosas á su disposición, sostienen que es no sólo inútil, sino perjudicial el emplear tales medios; pero no se me tachará de vanidoso porque diga lo que he visto.

Desde luego que en ciertas infecciones — metritis en periodo agudo, parametritis, flebitis, etc.,—á nadie se le ocurrirá practicar curas intrauterinas; pero en infecciones generalizadas, sobre todo si

son recientes, con el raspado, si la infección es mixta, ó con lavados intrauterinos de soluciones antisépticas, seguidos de un buen drenaje de la cavidad uterina, yo, personalmente, dispongo, como he dicho, de contados casos, aunque en ellos he obtenido curaciones; pero en cambio he visto muchos tratados en aquella forma, y han sido más, muchos más los éxitos que los fracasos, y ninguno de éstos por motivos que se puedan achacar al procedimiento.

Comprendo que los antisépticos que usamos en disolución no podemos emplearlos á concentración suficiente para que resulten bactericidas sin que alteraran profundamente los tejidos; pero aunque la acción del lavado sólo sea mecánica, acción de arrastre, tiene que resultar beneficioso al conservar la cavidad limpia de secreciones, quitando así caldos de cultivo á las bacterias.

En la Revista Ibero-Americana, número 31, del mes de Junio de 1906, publica nuestro amigo y concienzudo tocólogo Dr. Cerecedo una serie de casos de infecciones puerperales, curados con inyecciones intrauterinas de solución de iodo. En este trabajo, al que remito al lector, expone, entre otras razones muy sensatas, las siguientes: «Sostener que los lavados uterinos no tienen ya objeto cuando la infección se ha desarrollado, equivale á afirmar que en un caso de septicemia, del dominio de la cirugía general, se abandone el tratamiento local de la herida que ha servido de entrada á la infección». «Si en los casos de úlceras gangrenosas vulvo-perineales, de rasgaduras cervicales infectadas, etc., es evidentísima la eficacia del tratamiento local, ¿por qué teniendo lugar la infección en el endometrio, y siendo de la misma naturaleza, no ha de reclamar el mismo tratamiento y no se ha de lograr el mismo éxito que cuando la puerta de la infección está más baja, más accesible, y por lo tanto más susceptible de una terapéutica local?»

Lo que pasa, y también lo consigna así el Dr. Cerecedo, es que un lavado uterino requiere cierta práctica por no ser de tan fácil ejecución como á primera vista parece, y sobre todo no contentarse con hacerlo una vez cada veinticuatro horas; pues hay casos que requieren, por lo menos, dos lavados diarios, sin desmayar porque en los primeros días no se obtenga una remisión franca de la enfermedad. Con esto, y con inyecciones de suero fisiológico (y vuelvo á insistir sobre su eficacia) á grandes dosis, y mejor en inyección intravenosa, se logrará vencer la mayoría de las veces; y para terminar diré que, hoy por hoy, son las únicas armas que para luchar contra las fiebres puerperales tenemos á nuestra disposición, porque los sueros que se han inventado hasta el día, desgraciadamente no han dado los resultados que las etiquetas de sus frascos anuncian.

LOS NIÑOS MENTALMENTE ANORMALES

EDUCACIÓN DE LA VOLUNTAD

POR EL DR. ANTONIO MUT
Del Instituto Rubio.

Ya hemos dicho que para nosotros la voluntad es el aspecto activo de la vida consciente, es la más alta manifestación de la actividad. No es la simple transformación de un estado de conciencia en movimiento, sino que supone la participación de un gran número de estados conscientes, subconscientes y hasta inconscientes en coordinación jerárquica, como último término de una evolución progresiva, que constituyen el «yo» en un momento dado. El gran maestro Ribot dice:

«Yo compararía la volición, una vez afirmada, á lo que se llama en arquitectura una clave de bóveda. A esta piedra la bóveda debe, más que su solidez, su existencia; pero esta piedra no saca su potencia más que de las otras que la sostienen y la aprietan, como á su vez ella las empuja y las afirma.» También hemos hecho presente, en otro trabajo anterior, que la coordinación voluntaria, que ese estado de conciencia final, admite grados, desde los grandes genios ó voluntades superiores hasta la suspensión de la misma en los idiotas profundos, pasando por los estados intermedios de coordinaciones imperfectas, intermitentes, de centros de gravedad alternante, y por los estados patológicos de debilitación de la voluntad. Pues bien: el origen, la causa de todas nuestras desgracias consiste en la debilidad de nuestra voluntad, en la aversión á todo esfuerzo de ánimo perseverante, en la apatía, inconstancia, en ese fondo de universal pereza de acción absolutamente continua, cuyo tratamiento vamos á exponer. Es lo cierto que actualmente se procura, en la educación, enriquecer la inteligencia sin preocuparse directamente de la educación de la voluntad, de esa energía sin la que las más preciadas dotes de aquélla permanecen estériles. ¿No es á la voluntad perseverante á la que se debe cuanto han hecho de grande y admirable los hombres en el mundo? Así es la verdad que el hombre no vale más que lo que marca su energía. Se comprende que el verdadero antídoto de la atonía, de la molicie, ha de ser un esfuerzo sostenido de la energía volitiva. Pero no basta este esfuerzo si es anárquico; es preciso que sea armónico, que tenga un fin determinado. La mayoría de los niños ofrecen una anarquía de inclinación, y es precisamente uno de los mayores cuidados de la educación dirigir, encauzar ese desorden hacia un fin útil y estable. Se necesita, pues, un objeto claramente definido, y después saber sostener las

miradas fijas en él, sin distraerse. Con más lenta marcha se hace más camino si no se para nunca. Lacordaire escribió: «Es inconcebible lo que se hace con el tiempo cuando se tiene paciencia para esperar sin apresurarse».

Tratara en este trabajo de la voluntad en general, y entonces vendría á cuento hablar de lo que llama Pajot en su hermosa obra: *Acción de los estados afectivos en la voluntad: Posibilidad del reinado de la inteligencia: Reflexión meditativa: Lo que es meditar y cómo se medita*, etc., etc. Pero circunscribiéndome al tratamiento de la voluntad enfermiza en los niños anormales, fuerza es limitarse al aspecto médico-pedagogo de la cuestión, ó sea á la educación del niño. Es decir, que la obra del dominio sobre sí mismo, en este caso concreto, es debida á otra persona que sugiere buenas ideas é inculca buenos hábitos, colocando á los futuros ciudadanos en las mejores aptitudes para la lucha por la vida propia y por el progreso de la patria. Este doble beneficio impone á todos los pueblos el deber de la educación antes que la hacienda, la política y la guerra, interviniendo, legislando é inspeccionando tan suprema obligación.

¿Qué hacer en presencia de un estudiante perezoso, de ese estudiante que él mismo observa con pena la desproporción entre sus deseos de portarse bien y la debilidad de su voluntad? Yo no puedo suscribir al pie de la letra el pensamiento del Dr. Mauricio de Fleury, aun reconociendo su claro talento, cuando dice hablando de la indolencia de los jóvenes: «Labor torpe de los educadores ó salud mediana, todo está ahí». Y en otra parte: «En cuanto á esos distribuidores automáticos de deberes, de lecciones, de notas y de *pensums*, que constituyen todavía la gran mayoría de nuestro personal docente—libre ó universitario,—neguémosles el derecho de reprender y de castigar por su pereza á los desgraciados niños que se les han confiado, puesto que ellos no hacen otra cosa que aburrirlos y propiamente embrutecerlos». Sin duda que esta nota del eminente Fleury está un poco recargada; pero no puede negarse que una buena mayoría de nuestros maestros de escuela no se han dado exacta cuenta del papel que representan de tutor de almas, y tratan á los pequeños más como impersonales máquinas que como seres pensantes á quienes se debe dar todos los motivos posibles para desarrollar los impulsos naturales de conocer y de comprender. Además, no conocen, salvo honrosas excepciones, las anormalidades de la mente, y sus métodos de estudios, su plan de enseñanza, invariable para todos los alumnos, es ciertamente detestable.

Educar la voluntad: he ahí la obra más capital y más urgente de todas. Formar ciudadanos trabajadores: he ahí el desiderátum de

los educadores dignos de este nombre. Es incalculable el poder que adquiriría un pueblo cuyos individuos tuvieran todos plena conciencia del fin que debe perseguirse. En la educación nacional todo debiera converger á la gran conquista del propio dominio, tan rico en consecuencias para la felicidad propia y común y para la elevada cultura del entendimiento. ¿No es sabido que el genio es, ante todo, una larga paciencia, y que la mayoría de los descubrimientos y trabajos de toda clase que honran al talento humano son debidos, más bien que á la superioridad de la inteligencia, á cualidades de energía y constancia de la voluntad? Modelar el alma del niño, anteponiendo á toda otra educación la educación de la voluntad como su indispensable fundamento, es formar un hombre grande, fuerte, útil para sí mismo y para la sociedad que lo ha educado.

Pues bien: la educación de la voluntad es imposible sin la creación de buenas y sólidas costumbres. Hay que utilizar en provecho propio la ley preponderante en psicología, la ley del hábito. El acto penoso al principio, el pequeño esfuerzo diario, aporta su cuota á la formación del hábito y hace más fáciles los actos sucesivos, de tal modo que nada hay tan fecundo y tan práctico para la curación de los débiles de voluntad como el saber utilizar en la educación las leyes de la costumbre. Se necesita llegar á conseguir que el trabajo sea considerado como una necesidad, como la ley misma de la vida. Pero este trabajo tiene que estar, para que sea útil, exactamente reglamentado. No basta con determinar un objeto ó un programa general de acción, sino que se requiere fijar una tarea precisa y terminante que metodice el empleo del día. Dejad á un perezosillo ó á un inquieto á su iniciativa, y jamás, jamás encontrará hora ni sitio para ponerse á trabajar. Haced, en cambio, que ese acto se convierta en automático; haced, si vale la frase, de aquel niño una segunda naturaleza por el hábito del trabajo cotidiano, y conseguiréis que á la hora precisa en que debe comenzar sus lecciones ó en que debe levantarse, verifique esta operación sin llantos ni protestas, unas veces espontáneamente, otras después de indicárselo más ó menos repetidas veces, según el grado de su anormalidad ó según el período en que se encuentre de tratamiento. Hay que aprovechar el tiempo, y aprovecharlo bien. En la inmensa mayoría de las ocasiones, la causa de perder el tiempo está en la indeterminación precisa del modo como hemos de ocuparlo. Se necesita distribuir las horas del día entre las nociones científicas y literarias, los estudios objetivos, los trabajos manuales, los ejercicios físicos y las horas destinadas al recreo y al descanso. En este programa se pondrá especial cuidado en aquellos estudios que reclaman la atención—que es la misma voluntad en su forma más elevada—con objeto de ejerci-

tarla poco á poco, sin llegar nunca á la fatiga. En cuanto á la educación física, es de una importancia capital. Se sabe que la debilidad corporal va acompañada de una debilidad de la voluntad y de una atención breve y perezosa. La salud, una sangre rica y bien oxigenada, una nutrición activa, son condiciones eminentemente favorables para una volición y una atención intensa y prolongada, Sin embargo, el educador debe saber que son cosas muy distintas la salud y la fuerza muscular. Digerir bien, respirar libremente, tener una circulación activa, es poseer salud. En cambio, un mozo de cordel puede tener una enorme potencia muscular y una salud muy escasa. El gran Payot escribe: «Las grandes victorias humanas no se ganan en modo alguno con los músculos; se ganan con descubrimientos, con grandes pensamientos, con ideas fecundas; y daríamos los músculos de quinientos cavadores, más los perfectamente inútiles de todos los caballeros de *sport*, por la poderosa inteligencia de un Pasteur, de un Ampère ó de un Malebranche.» Los mismos ingleses inteligentes, Wilkie, Collins, entre otros, atribuyen la grosería y la brutalidad británicas al abuso en la educación atlética que reciben los jóvenes ingleses. En suma, el ejercicio muscular debe tender á formar niños y jóvenes sanos y robustos, sin llegar al estúpido atletismo con todos sus enervamientos y ruinas subsiguientes. No digáis, enseña Fleury, «un niño debe jugar al aire libre y correr tres horas al día»; sino «tal niño en particular necesita, la experiencia me lo ha demostrado, tantas horas de ejercicio al aire libre, y no soporta más».

Algo parecido á esto ocurre con las horas destinadas al sueño, que los higienistas limitan á seis, siete ú ocho, según la edad del niño. Estos, como los adultos, necesitan más ó menos horas de reposo, con arreglo á su constitución, exceso ó defecto de actividad nerviosa, etc. Más importante es no prolongar la permanencia en cama después de despertar, sino saltar del lecho inmediatamente que se ha terminado el sueño; porque, como dice Rayet: «Dime á qué hora te levantas, y te diré si eres vicioso».

El enfermo de la voluntad proporciona á la educación un vasto campo de ensayo, porque es esencialmente sugestionable. Es un emotivo que, careciendo de energía propia, es lo que sus maestros quieren imponerle. No tiene el degenerado disposiciones congénitas para distinguir el bien del mal; pero sus maestros pueden sugerírselas. De aquí la altísima importancia de una buena educación del anormal, que siendo del último que llega, es posible contener ó disminuir su innata pereza, sus terribles impulsos, su criterio monstruoso. Pero el débil de voluntad, aunque fácilmente sugestionable, es olvidadizo y versátil. La tarea de formarle artificialmente tiene,

pues, que ser lenta, continua, repetida. He ahí la trascendencia de la educación, ó mejor dicho, de la instrucción secundaria en Alemania é Inglaterra, que toma el niño á los ocho años y termina á los diez y ocho ó veinte.

Se precisa que todos los órdenes de educación, la doméstica, la privada, la pública, la opinión de los compañeros, converjan hacia la cultura de la voluntad. La sociedad organizada, el Estado, el ciudadano mismo, no son más que fruto de la educación. Pero la base de esa sociedad, de ese Estado, del individuo, no es la fuerza, es la voluntad. *Will, not force, is the basis of the state*, ha dicho un célebre político inglés.

EMBARAZO EXTRAUTERINO

Por el Dr. Policarpo Lizcano
Del Instituto Rubio
y jefe de la consulta de Ginecología de la Casa de Socorro de la Inclusa.

(CONTINUACIÓN)

Como el útero, empujado por el tumor, comprime la vejiga y cuello vesical, se altera la función de este reservorio. De aquí la disuria y la retención de orina, que impone á menudo el cateterismo.

La defecación está igualmente alterada, debido á la compresión del hematocele sobre el recto, el que queda rodeado de una masa de adherencias muy dolorosas.

Existe estreñimiento, y al pasar las heces por el sitio estrechado producen agudísimos dolores.

La anamnesia es de suma importancia para el diagnóstico del hematocele, especialmente cuando procede, como ocurre casi siempre, de un embarazo extrauterino; muchas veces, antes de emprender la exploración de la enferma, puede diagnosticarse el padecimiento sólo por el interrogatorio.

En efecto, la paciente aqueja desde algún tiempo metrorragias de intensidad variable, que aparecieron después de faltarle las reglas uno ó dos meses; á veces la hemorragia coincide con la menstruación, y en otros casos no existe falta menstrual, sino que la regla precedente ha sido menos abundante que de ordinario.

Además sufre de dolores en el bajo vientre y región lumbar, idénticos á los que produce la contracción uterina, y durante los cuales salen mezclados con coágulos sanguíneos trozos membranosos, lo que hace suponer que se ha verificado un aborto. Todos los síntomas funcionales y simpáticos de la preñez incipiente adquieren un valor diagnóstico de primer orden, pero ninguno iguala al

del período menstrual. En efecto, los accidentes hematocélicos con frecuencia se inician en los días correspondientes á la aparición de las reglas, y particularmente al cumplir las dos faltas menstruales. Es muy probable que la congestión pelviana intensa que sobreviene en el momento de las reglas éntre por mucho en la ruptura del saco fetal, causando de este modo la producción del hematocele.

La ruptura extraperitoneal de la trompa grávida ofrece un síndrome parecido al anterior, pero más atenuado: el derrame en el ligamento ancho, hematoma, raras veces ocasiona la muerte.

El diagnóstico con el hematocele es relativamente fácil en los casos puros; pero ocurre á veces que hay mezcla de hemorragia intra y extraperitoneal. Para precisar el diagnóstico en los casos dudosos se tendrá en cuenta la anamnesia, los síntomas, la localización del tumor, etc., etc.

El hematoma es raro comparado con el hematocele, y excepto los casos de embarazo tubárico, de forma intraligamentosa, la mayoría de ellos se presentan fuera de la época de la gestación en multíparas, con varices en las partes visibles de su aparato genital, que revelan la alteración de los vasos profundos, plexo útero-ovárico ó pampeniforme. Así como el hematocele depende exclusivamente del embarazo ectópico, el hematoma es producido muchas veces por traumatismo, esfuerzos, desórdenes menstruales, etc., en personas que sufren éxtasis circulatorio pelviano.

El cuadro de síntomas es moderado: casi nunca hay fiebre, ó es muy ligera, contrastando con los síntomas alarmantes del hematocele (colapso, pelvi-peritonitis, fiebre, etc.).

No obstante, lo que decide y resuelve son los caracteres del tumor. A las doce ó veinticuatro horas ya se percibe una tumoración, que se endurece á medida que se coagula la sangre; tumoración situada en la base del ligamento ancho. En efecto: el hematoma es lateral, ocupando el ligamento ancho con prolongaciones que pueden abrazar el útero por delante ó, sobre todo, por detrás; pero nunca es retro-uterino puro, como el hematocèle, que llena ordinariamente el fondo de saco de Douglas.

El tumor está unido á la matriz y pared pelviana, útero rechazado á un lado, cuando en el hematocele está el tumor en la cara posterior de la matriz y dislocada ésta hacia arriba y adelante.

El hematoma se circunscribe bien hacia arriba, siendo por abajo muy difusos sus límites; en cambio, el hematocele tiene su contorno superior poco difundido, y hacia abajo constituye un tumor redondo, bien circunscrito, que llena el espacio recto-uterino.

Al principio, la consistencia del hematoma es más resistente, tensa, y la del hematocele se ofrece claramente fluctuante ó blanda

por lo menos, endureciéndose poco á poco según avanza el proceso.

El tumor se extiende principalmente hacia abajo, abombando la vagina; la reabsorción, aunque frecuente, es muy lenta, obteniéndose en la mayoría de casos una *restitutio ad integrum;* caracteres opuestos encontramos en los hematoceles.

El hematoma termina por la curación, ó puede continuar el embarazo en la nueva cavidad subperitoneo-pelviana.

El hematocele enquistado tiene una marcha lenta y, salvo complicaciones, tiende naturalmente á la curación. Poco á poco el derrame se reabsorbe, la tumefacción del culo de saco posterior disminuye, el útero recobra su movilidad y situación, y al cabo de un plazo variable, dos, cuatro y ocho meses, no quedan sino ligeras induraciones en el fondo recto-uterino, que asimismo pueden desaparecer por completo. Mientras se efectúa la absorción, varían tanto la consistencia como la forma del tumor; en virtud de verificarse la absorción en unos puntos con más rapidez que en otros, se observa al explorar la tumoración que tiene zonas blandas al lado de otras de una dureza absoluta.

En muchos casos no hay un derrame único, sino que se producen nuevas hemorragias durante varios días y aun meses. Casi siempre el origen de estas hemorragias está en el huevo, que permanece adherido á la trompa; los desprendimientos sucesivos de la placenta determinan esas recidivas, bien en los primeros días, bien en los períodos menstruales siguientes, pudiendo sobrevenir el derrame en cantidad tan enorme que ponga de nuevo la vida de la enferma en inminente riesgo. Sólo cuando el huevo ha sido absorbido ó se ha desprendido por completo de la trompa cesan las hemorragias secundarias.

Cuando se producen nuevas hemorragias, aumenta el tamaño del hematocele; la enferma se agrava de pronto, sufre lipotimias, palidez, etc.; en una palabra, todos los síntomas de la hemorragia interna, que permiten afirmar la reproducción del derrame.

Sin embargo, repetimos que la enfermedad tiene tendencia natural á la curación, ya por reabsorción progresiva, ya por evacuación espontánea, consecutiva ésta á la supuración de la bolsa hemática. Aun en los casos favorables, la enferma sigue delicada por algún tiempo y expuesta á accesos de peritonitis y hemorragias secundarias, aunque termina por disminuir y desaparecer el tumor, quedando como residuos del mal adherencias y desviaciones en los órganos pelvianos.

Mientras se efectúa la reabsorción, varían la consistencia y el volumen del hematocele, observándose puntos blandos al lado de

otros duros; es decir, sitios en que el tumor parece líquido, y zonas en que semeja un exudado paramétrico antiguo.

La duración de la absorción depende de varias circunstancias: en primer término, del tamaño del hematocele.

La supuración del hematocele es relativamente frecuente; los gérmenes que ocasionan la infección vienen, por lo común, del intestino, aunque pueden proceder del aparato genital y, por intermedio de las trompas, llegar al tumor sanguíneo. El estado general se altera, y la fiebre se presenta con oscilaciones cotidianas, escalofríos y sudores; como en todos los casos de pihemia, se agudizan los sufrimientos, el tumor aumenta de volumen y disminuye su consistencia, y al cabo de pocos días, la evacuación espontánea por el recto, y rara vez por la vagina, produce un rápido alivio, y á veces la curación inesperada.

La perforación más frecuente es por el recto, revelándose por una diarrea negruzca y fétida que aparece después de dolores rectales, y que causa un rápido alivio y la desaparición del tumor.

La perforación por la vagina se observa raras veces, y excepcionalmente por la vejiga.

Si se efectúa la evacuación completa, se logra la curación; no sucede siempre así, y bien porque se abra el pus en la cavidad peritoneal, provocando una peritonitis rápidamente mortal, ó porque penetren materias fecales en el foco, sobreviniendo la infección y alguna vez el agotamiento de la enferma por insuficiente desagüe, son terminaciones que implican seria gravedad y obligan á intervenir en defensa del organismo, amenazado de inminente riesgo.

Termina por la curación ó puede continuar el embarazo en la nueva cavidad subperitoneo-pelviana.

La rotura en el útero es muy rara, pues para tener lugar precisa que el huevo haya evolucionado en el espesor de las paredes uterinas (embarazo tubo-uterino ó intersticial).

CASO CLÍNICO

Embarazo tubario istmico del lado derecho.—M. S., veintidós años, casada, de temperamento linfático, anémica, con antecedentes paternos de naturaleza fímica y sin haber padecido enfermedades anteriormente. Reglada normalmente á los diez y seis años y casada á los diez y siete, ha tenidos dos partos: uno á los diez y ocho años, en Febrero de 1904; otro prematuro, de siete meses, el 5 de Mayo de 1906, reinstalándose la regla á últimos del mismo mes.

Regla normal el 20 de Agosto de 1906, presentándose sólo *unas gotas* el 20 de Septiembre siguiente. Síntomas de embarazo (náuseas, vómitos, etc.).

El 30 de Septiembre tiene *regla* abundante, con expulsión de coágulos, dolores y otros síntomas que creyeron corresponder á un aborto. No cedió por completo la hemorragia, y la enferma seguía en sus ocupaciones habituales, cuando el 15 de Octubre, encontrándose en la calle, sintió un dolor intenso en el abdomen, dolor sincopal, acompañado de náuseas, vómitos, mareos, palidez general de la piel y mucosas, sudor frío, etc., que la obligaron á solicitar el auxilio de los transeuntes, los que la trasladaron, en un estado alarmante, á su domicilio.

Guardó cama por espacio de cinco días, con dolores y fiebre ligera.

El 31 de Octubre se presentó de nuevo metrorragia, con dolores intensos expulsivos y con abundantes coágulos, cediendo estos síntomas á los pocos días.

El día 6 de Noviembre se presentó en nuestra consulta por primera vez, con gran anemia, dolores intensos de vientre, fiebre ligera y frecuencia de pulso. Examinada ginecológicamente, se observó el útero aumentado de volumen, entreabierto, inclinado á la derecha, sensible y con una tumoración blanda, mal delimitada, que llenaba el espacio peritoneal vésico-uterino del lado derecho. Siendo muy dolorosa la exploración, y habida cuenta del mal estado general de la paciente, dispusimos la quietud en cama, y la observación siguiente indica el curso del padecimiento hasta el día de la operación.

El síndrome hematocélico tan característico que presentó la enferma, el tumor de la trompa, la anamnesia, en la que constaban los fenómenos simpáticos de la preñez, nos hizo sospechar desde un principio que se trataba de un embarazo tubario con rotura intraperitoneal.

Noviembre 1906.

Día 6.....	37°,7. 84 puls.
» 7.....	37°,2. 84 puls. Noche, 36°,7. 84 puls. Dolores en la fosa ilíaca izquierda.
» 8.....	36°. 84 puls. Noche, 38°. 100 puls. Náuseas, mareos, palidez. Dolores abdómino-pelvianos agudizados. Ligera parálisis vesical. Noche, 38°. 100 puls.
» 9.....	37°,2. 100 puls. Noche, 37°. 80 puls. Disminuídos los dolores, mejor estado general. Saburra gástrica.

ANÁLISIS DE ORINA

Densidad.....	1.017
Reacción.....	Acida.

Composición por litro:

Materias fijas	41,60
Idem orgánicas	30,31
Idem minerales	11,29
Urea	19,52
Ácido úrico	0,40
Idem fosfórico	1,30
Cloruro sódico	7,10
Albúmina	Nada.
Glucosa	Idem.

Sedimento: cristales de ácido úrico, urato sódico, células epiteliales de la vejiga.

(Laboratorio Municipal de Madrid.)

Noviembre 1906.

Día 10..... 37°,2. 84 puls. Noche, 37°. 80 puls. Sigue mejorando el estado general.
» 11..... 37°. 70 puls. Mejorado el gastricismo.
» 13..... 36°,5. 80 puls. Buen estado general.
» 15..... Sigue bien.

ANÁLISIS DE LA SANGRE

Glóbulos rojos..... 2.860.000

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares	80
Mononucleares grandes	18
Idem pequeños	2
TOTAL	100

No se pudieron contar los glóbulos blancos.

(Laboratorio Municipal de Madrid.—19 Noviembre 1906.)

Noviembre 1906.

Días 20-21..... Preparada para la operación.

Día 22.—Operación.—Laparotomía con abundante hemorragia de la incisión abdominal; gran epiplon adherido á las paredes pelvianas, al útero y trompa derecha. Sutura y liberación de las adherencias, descubriéndose entonces en el tercio uterino de la trompa derecha una tumoración esférica del volumen de un huevo de gallina, de color blanco sucio, de consistencia semiblanda, superficie nudosa, separada del útero por un ligero surco y continuándose por

fuera con la tuba, de la cual constituye una dilatación ó expansión; esta tumoración se continúa hacia adelante en forma cilíndrica, con una abertura en todo su diámetro (7 centímetros), por la cual sale sangre coagulada y negruzca. Dicha abertura estaba ocluída por el epiploon adherido. Este segmento cilindroídeo de la tumoración presentaba paredes blandas y delgadas, de color azulado y separadas por ligero surco del tumor de la tuba antes descrito.

Reclinado el quiste fetal en el espacio vésico-uterino derecho, fondo y cara anterior del útero, estaba adherido flojamente á estas partes, más al epiploon, que á modo de gran manto envòlvía y ocultaba todos los órganos mencionados.

Los dos tercios externos de la trompa, normales en apariencia. El ovario, algo voluminoso.

Extirpación del quiste hemático, unido á los anejos derechos.

Anejos del lado izquierdo sanos, excepto algunos microquistes serosos del ovario, que se incindieron con el termocauterio.

Sutura Jonnesco. Agrafes en la piel. Apósito seco.

Noviembre 1906.

Día 22.....	Noche, 37°. 84 puls. Bien reaccionada. Dolores pelvianos. Cateterismo vesical.
» 23.....	37°. 92 puls. Micción espontánea. Noche, 37°,5. 84 pulsaciones. Atenuados los dolores. Toma agua y leche.
» 24.....	37°. 84 puls. Metrorragia ligera.
» 25.....	37°,2. 84 puls. Evacuación de vientre. Estado general excelente.
» 26.....	37°,3. 80 puls. Noche, 37°,2. 84 puls. Cesó la metrorragia.
» 27.....	37°. 72 puls.
» 29.....	37°. 70 puls.

Diciembre 1906.

Día 10.....	Alta. Cicatrizada la herida abdominal y sin accidentes post-operatorios.

DESCRIPCIÓN DE LA PIEZA PATOLÓGICA

En el tercio interno de la trompa derecha se aprecia una tumoración esférica del volumen de un huevo, ofreciendo en la superficie varias nudosidades redondeadas, de color azul y como de un centímetro de diámetro, haciendo ligera prominencia en la cara externa del quiste fetal. Este, separado del útero por un ligero surco, se continúa por fuera con el resto de la tuba, de la cual constituye una expansión ó dilatación. De la cara anterior de ésta, y separada

por ligera depresión, arranca otra dilatación de la tuba, del mismo volumen que la descrita, de forma cilindroídea, abierta adelante,

FIG. 9.ª—Trompa grávida rota.

adentro y abajo, con orificio irregular de unos 7 centímetros de diámetro y cuyo orificio deja ver coágulos sanguíneos, semiblandos

FIG. 10.—Fotografía del embrión, por el Dr. González de Castro.

y negruzcos. Los dos tercios externos de la trompa parecen normales. El ovario correspondiente, algo voluminoso.

Abierto el quiste fetal, se observa que lo constituye una serie de capas de sangre coagulada, á la manera de los sacos aneurismáticos. En medio de esta masa sanguínea se descubrió el embrión, cuya fotografía se adjunta, y que mide unos 8 milímetros de longitud.

FIG. 11.—Microfotografía de un corte de la trompa, por el Dr. Moreno Melgar.

El embrión se encontraba rodeado de sustancia gelatinosa y espesa.

La cubierta del saco fetal, adelgazada y constituída por tejido conjuntivo, provisto de gran número de vasos. La capa muscular no se distingue; la mucosa tubaria, desaparecida.

A dos centímetros por fuera del quiste fetal se dieron cortes de la trompa, observándose hipertrofia papilar de la mucosa con adelgazamiento considerable de los restantes elementos.

La luz de la trompa ha desaparecido, obstruída por las producciones hiperplásicas de la mucosa (véase fig. 11); capa muscular no existe, y la conjuntivo-peritoneal muy reducida.

(Continuará.)

REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

Anestesia.

Acetonuria á consecuencia de la anestesia por el cloroformo ó el éter. *(Progreso médico*, Septiembre de 1907.)

Greven hace tiempo llamó la atención sobre el hallazgo de la acetona en los anestesiados, y relacionó con ella los procesos morbosos que se manifiestan á consecuencia de esta verdadera intoxicación.

Nuevamente el Dr. Helen Baldwin ha comprobado numerosos hechos de esta especie y dado la voz de alarma.

Anestesia local. (*Le Monde Médical*, Octubre de 1907.)

El Dr. Bonain recomienda el líquido siguiente:

Fenol absoluto	1	gramo.
Mentol	1	»
Clorhidrato de cocaina	1	»
Clorhidrato de adrenalina	0,001	»

M.e

La técnica que hay que emplear para obtener una buena anestesia difiere según las regiones: si se trata de un revestimiento cutáneo, lo mejor será aplicar un taponcito empapado en la mixtura y enjugado sobre la parte que se quiere insensibilizar. En las mucosas, una ó dos embrocaciones son suficientes. La anestesia se anuncia por la blancura de los sitios tocados.

Bonain termina diciendo que la solución reúne á sus virtudes anestésicas las de hemostáticas y antisépticas.

La narcosis con una circulación vuelta artificialmente más pequeña. (*La Semaine Médicale*, Octubre de 1907.)

Mr. Klapp, basándose en la teoría de que los sujetos anémicos necesitan menor cantidad de anestésico que los robustos en las intervenciones quirúrgicas, ha ideado un procedimiento que nos parece racional, y el cual copiamos á continuación.

Con unas vendas de Esmarch se comprimen las extremidades inferiores para disminuir la masa sanguínea por cierto lapso de

tiempo, con objeto de tener una reserva pronta á diluir la masa total al menor síntoma de intoxicación.

El Dr. Klapp ha procedido de este modo en un gran número de narcosis, siempre con buen resultado.

Dos casos de ictericia grave clorofórmica. (*La Semaine Médicale*, Noviembre de 1907.)

De los dos casos que el Dr. M. A. Reggianini cita en la *Riforma med.*, 6 Juillet 1907, sólo copiaré uno, por ser el más demostrativo, en mi concepto.

Hombre de treinta y dos años, con perturbaciones intestinales, pero nada de antecedentes hepáticos. Operado de una doble hernia crural, la intervención sólo dura media hora, y el gasto de anestésico fué de 60 gramos; todo marchaba bien hasta las cuarenta y ocho horas, en que se le presenta ictericia y un estado semicomatoso alarmante; la orina contenía pigmentos biliares y albúmina á la mañana siguiente; el pulso se hace débil y pequeño, y la temperatura desciende á 36°,5. Bajo la influencia de suero fisiológico y aceite alcanforado, se mejora un poco, y la temperatura asciende á 39°; sobrevienen sudores abundantes y diarrea, mejorando el enfermo. Seis días después se presenta una hematuria alarmante que dura varios días, á pesar de lo cual el enfermo mejora hasta salir de alta del hospital á los diez y seis días, si bien conservando aún el tinte ictérico.

La cocaína contra los vómitos post-anestésicos. (*La Semaine Médicale*, Noviembre de 1907.)

El médico militar austriaco Dr. H. Freund ha hecho una serie de ensayos en el servicio del Dr. K. Wotruba, en Reichenberg, en enfermos sometidos á la anestesia general.

He aquí la técnica adoptada por nuestro colega:

Media hora antes de proceder á la anestesia se practica al paciente una inyección de escopolamina-morfina, con objeto de abreviar y moderar el período de excitación. Se inyecta en el adulto 0,01 gramos de clorhidrato de morfina, y 0,0003 gramos de escopolamina; para la mujer la dosis es un poco menor. Como agente anestésico se sirven generalmente de la mezcla de Billroth, y no emplean el éter más que en los casos donde hay síntomas manifiestos de cardiopatía. Antes de finalizar la operación, se hace una inyección subcutánea de una solución de clorhidrato de cocaína al 1 por 100. Al principio M. Freund inyectaba 1 c. c. de esta solución, ó sea 0,01 gramos de cocaína; pero si esta dosis se muestra insuficiente, la

aumenta progresivamente á 0,025 gramos en el hombre y á 0,02 gramos en la mujer.

En 110 enfermos que lleva ensayando el procedimiento, sólo en 14 le ha fracasado.

El vinagre contra los vómitos consecutivos á la cloroformización. (*La Pratique Thérapeutique*, Octubre 1907.)

M. Lewin, de Bruselas, ha empleado el vinagre contra los vómitos consecutivos á la cloroformización después de todas las operaciones practicadas en la clínica de M. Thiriar, ó sean 174.

En 125 casos el éxito ha sido completo, es decir, que no se há producido vómito alguno; en 49 casos han existido vómitos, pero éstos han sido en general ligeros, y más bien viscosos.

M. Lewin procede del siguiente modo: inmerge un paño de las dimensiones de una toalla en vinagre ordinario, y lo exprime ligeramente de modo que resulte todavía bien humedecido, y lo coloca entonces sobre la cara del enfermo, todavía recubierta de la mascarilla. Retira en seguida ésta, de tal modo que se evite en lo posible el acceso brusco del aire, el cual deberá atravesar el paño vinágrado antes de ser inspirado. El paño deberá ser retenido el mayor tiempo posible, tres horas cuando menos.

Ciertos enfermos que habían retirado el paño experimentaron síntomas de náuseas, los cuales cesaron después de una nueva aplicación del mismo paño.

Como algunas veces ocurre que el aire de la habitación es muy seco, el paño se seca rápidamente; entonces procede aplicar un segundo paño sobre el primero y retirar éste. Si el enfermo experimenta necesidad de expectorar, convendría deslizar un pañuelo ó una escupidera por bajo del paño vinagrado. En una palabra: es preciso siempre impedir que el aire llegue á las vías respiratorias sin haberse impregnado en los vapores del vinagre.

Anestesia general por el cloruro de etilo. (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Noviembre 1907.)

El Dr. D. Julián Blanco, de Madrid, da los siguientes consejos para su aplicación metódica:

Cloruro de etilo químicamente puro.

Mascarilla pequeña, impermeable, y que ajuste perfectamente á la boca y nariz para impedir su volatilización.

En un algodón que previamente se ha puesto en el fondo de la mascarilla, se vierte la cantidad de cloruro de una ampolla, cuya

cantidad se conoce de antemano, y sin perder un momento se aplica, procurando ocluir perfectamente la boca y nariz.

Se ordena respirar al enfermo honda y rápidamente, con el fin de que en el menor tiempo absorba la mayor cantidad posible de cloruro.

El curso de la anestesia es como sigue:

Primer período: rapidísimo, pues escasamente llega á un minuto, caracterizado por movimientos tenues de los brazos y piernas, tic ó contractura palpebral y principios de dilatación pupilar.

Segundo período: caracterizado por un ligero ronquido acompañado de lentitud inspiratoria; la pupila se dilata, llegando al máximum; desaparece el reflejo palpebral. La contractura muscular desaparece, presentándose una relajación completa. La duración de este período es de dos á cuatro minutos.

Tercer período: el enfermo abre los ojos con cara de espanto, balbucea palabras faltas de sentido, quiere explicar el sueño y no lo recuerda; á los quince segundos recobra su completa lucidez.

Tiene las siguientes ventajas sobre los demás anestésicos de acción rápida y de corta duración:

1.ª La rapidez y duración de la anestesia.

2.ª No producir trastornos en la respiración ni en la circulación, como el bromuro de etilo, protóxido de ázoe (cianosis, suspensión respiratoria, etc.).

3.ª No producir período de excitación ni excitaciones medulares, que en muchos casos llega á la pérdida seminal, como produce el somnoformo.

4.ª El no producir fenómenos post-operatorios de ninguna clase.

5.ª El poder repetirse la anestesia inmediatamente de despertarse el enfermo.

Finalmente, es muy conveniente en cirugía general para comenzar la anestesia clorofórmica, pues no produce excitación nasofaríngea, y evita, por lo tanto, el síncope primitivo, de tan graves consecuencias, y además suprime el período de excitación.

La anestesia local en la reducción de las fracturas. (*Semaine Médicale*, Diciembre 1907.)

El Dr. Guido Lerda, del Hospital San Giovanni, de Turín, preconiza un procedimiento de anestesia local que no deja de ser seductor.

Es preciso, como primera condición, que el tipo de fractura se preste á ello, pues la aguja de la jeringa es preciso hacerla llegar hasta el mismo foco.

El Dr. Lerda se sirve de una aguja larga y fuerte para imbibir la zona traumatizada, inyectando el anestésico entre los fragmentos, alrededor de los fragmentos, en el periostio y en los tejidos ambientes.

La solución que emplea es la de cocaína al 1 por 200 adicionada de una gota de la de adrenalina al 1 por 1.000 en cada centímetro cúbico.

Con una dosis de 10 á 16 centímetros cúbicos, como máximum, de solución, ha realizado siempre la anestesia necesaria, sin tener que lamentar ningún accidente desagradable.

Al cabo de seis á diez minutos la anestesia es completa y puede procederse á la reducción.

Los casos ensayados han sido de fracturas del brazo, antebrazo, muslo, pierna, costillas, clavícula y huesos propios de la nariz.

Para evitar las complicaciones pulmonares después de la eterización. (*Semaine Médicale*, Diciembre 1907.)

El Dr. P. Rissmann aconseja hacer á los enfermos que han de ser anestesiados por el éter las pulverizaciones siguientes en forma de inhalación:

Timol.....	20	centigramos.
Acido salicílico.....	1	gramo.
Alcohol.....	5	»
Agua caliente.....	200	»

Mézclese.

La víspera de la operación, por la noche, inmediatamente antes de la intervención, y una media hora después de practicada, deben hacerse inhalaciones de algunos minutos aspirando ampliamente con la boca abierta.

En los sujetos que por la naturaleza de la operación quedan condenados á guardar el decúbito supino durante varios días, el doctor P. Rissmann, ó su asistente el Dr. A. Otte, continúan empleando dicho procedimiento tres veces por día hasta cambiar la posición del paciente.

Anestesia por la novococaína. (*Revista de Especialidades Médicas*, Diciembre de 1907.)

El Dr. Blondel dice en la *Revue de Thérapeutique* que puede practicar el raspado del útero sin producir dolor, con sólo taponar durante diez minutos la cavidad uterina con gasa empapada en

una solución de novococaína al 5 por 100, la cual no impide la contracción de las paredes musculares del órgano, que pueden ser desagradables, pero no dolorosas.

Experimentos químicos sobre la anestesia general. (*La Semaine Médicale*, Diciembre 1907.)

El Dr. M. K. Reicher ha comprobado que los anestésicos tienen gran afinidad por las grasas del organismo.

Que ciertos anestésicos, obrando sobre los glóbulos rojos, disminuyen la alcalinidad de la sangre, y finalmente, que la acetona, que puede comprobarse en el aire espirado, es debida á la descomposición de los albuminoides y de las grasas, y que existiendo relaciones estrechas entre la acetonuria y la lipemia, de aquí se deduce lo nocivo que es el narcótico para los diabéticos.

Alipina. Nueva anestesia ocular. (*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, Diciembre 1907.)

Los Dres. Castresana (de Madrid) y Menacho (de Barcelona) consideran á este agente (alipina) como superior en poder anestésico á la cocaína en las operaciones de los ojos.

La alipina es de reacción neutra, soluble en el agua, y no altera el epitelio de la córnea. Tiene además la ventaja de no provocar midriasis ni trastornos de la acomodación.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

Cirugia del aparato digestivo.

Resultados lejanos de las operaciones dirigidas contra las lesiones benignas del estómago, por John C. Munro (de Boston). *Annals of Sugery*, 1907, t. I., p. 118.

Los juicios se basan en su estadística personal y en la del doctor Bottomley, del *Carney Hospital*, de Boston, que comprende 150 operaciones practicadas en enfermos seguidos durante cuatro años, fecha suficiente para estar autorizado á hablar de resultados lejanos y definitivos.

Estos 150 casos se segmentan en: 1.°, 87 úlceras callosas ó quirúrgicas del estómago, del duodeno ó de ambos á la vez; 2.°, 6 úlceras médicas; 3.°, 25 de adherencias peri-gastro-duodenales sin úlcera en evolución; 4.°, 15 de neurosis; 5.°, 9 de diversos afectos: ptose, espasmo del píloro, etc.

Los resultados han sido particularmente buenos y duraderos en

la úlcera crónica perforante; la perforación fué tratada por gastro-enterostomía primitiva, cuando el estado del enfermo permitía prolongar lo bastante la operación; en caso contrario se practicó ésta ulteriormente.

Han sido también buenos en: *a*) úlceras floridas vecinas al píloro, pero que no le ocluían; *b*) úlceras del duodeno; *c*) grandes úlceras crónicas de la curvadura menor y de la pared anterior situadas en la mitad pilórica del estómago, sobre todo en caso de hemorragia actual; *d*) algunos casos de úlceras en silla de caballo; *e*) úlceras de la pared posterior próximas al cardias, que se extendían hacia el borde superior gástrico; *f*) úlceras de la curvadura menor con adherencias que dificultaban la motilidad; *g*) algunas úlceras de la pared posterior sin complicación mecánica pilórica; *h*) varias úlceras del ángulo esofágico en la curvadura menor; *i*) úlceras de la curvadura mayor; *j*) estómagos biloculares; *k*) estenosis del píloro; *l*) espesamientos pilóricos sin úlceras en evolución; *m*) dilatación gástrica consecutiva á obstáculo pilórico reciente.

Por el contrario, el fracaso ha sido completo: *a*) en dos casos de úlcera del duodeno; *b*) en dos casos de úlcera del estómago en silla de caballo. A estos casos es necesario añadir: *c*) dos de hemorragia grave un año después de gastro-enterostomía por úlcera del duodeno; uno terminó por muerte; *d*) un caso de hemorragia tardía, también mortal, sobrevenida, á pesar de la derivación intestinal, en una vasta úlcera que había invadido las dos paredes del estómago; de aquí que *Munro* tienda cada día más á admitir la práctica de Rodman, ejecutando la escisión que pone al abrigo de hemorragias secundarias y degeneración maligna.

1.° En las 87 úlceras callosas hubo 4 muertes atribuíbles á falta de técnica, en el período de comienzo. Otras muertes han sido consecutivas á la operación, pero no imputables á ésta; en un caso, por ejemplo, los vómitos que existían hacía varios años continuaron después de la intervención, originando la muerte. Según *Munro*, estos casos no son tributarios de la anastomosis. Un enfermo profundamente anemiado (15 por 100 de hemoglobina) sucumbió por su anemia. Otras muertes han sido debidas probablemente á úlceras pépticas ó á oclusión por adherencias.

2.° En los 16 casos de úlceras médicas la operación hizo ver existía hemorragia, procedente, ya de toda la extensión de la superficie mucosa, ya de un punto bien determinado, pero sin lesión visible á simple vista. En todos los casos el píloro era blando y permeable. Cuando había al mismo tiempo mal funcionamiento del estómago por ptose ú otra lesión, la gastro-enterostomía dió resultados, pero incompletos. Dos alcohólicos con hemorragias graves murieron post-

operatoriamente de vómitos incoercibles. Una mujer, con historia típica de úlcera, murió de vómitos por círculo vicioso, á pesar de la pilorectomía secundaria practicada á la desesperada. Estos casos han llevado á los autores á cerrar el vientre en cuanto estaban seguros que no había úlcera callosa, estenosis pilórica, ni otra lesión apreciable. La «úlcera médica» está, pues, bien denominada, puesto que su tratamiento debe volver definitivamente á la medicina. El cirujano puede intervenir, en rigor, si ha habido éxtasis gástrico; pero no debe esperar los magníficos resultados á que estamos habituados en la úlcera callosa y en la estenosis del píloro. Por desgracia, el diagnóstico diferencial de estas dos variedades de úlcera no es siempre fácil. Sin embargo, en la duda no es necesario abstenerse; pero si abierto el vientre no se halla callosidad ni adherencias, si el píloro es blando y permeable, lo prudente consiste en reducir la intervención á la laparotomía exploradora.

3.° En los 25 casos de adherencias peri-gastro-duodenales sin úlcera florida el resultado fué excelente en 19. De los otros 6, dos se quejaban sólo de eructos y flatulencia; dos continuaron con vómitos, y murieron, uno á los diez y ocho días de la operación, y el otro á las seis semanas. En la mayor parte de los casos las adherencias consistían en bandas espesas que iban de la región pilórica ó duodenal á la cística; impedían considerablemente la motilidad del estómago, y más de una vez el píloro era permeable y ellas solas la causa. En otros casos el estómago estaba fuertemente dislocado hacia abajo, por adherencias del gran epiplón á la cavidad pelviana, consecutiva á operaciones anteriores. Las otras lesiones encontradas (cálculos biliares, etc.) fueron tratadas como convenía.

4.° Las neurosis han dado los resultados más deplorables. Pensando que los principales trastornos eran debidos á insuficiencias de la circulación gástrica, los autores creyeron hacerla desaparecer asegurando la evacuación del estómago por gastro-enterostomía. Y no sólo no hubo mejoría, sino en ciertos casos empeoramiento, al punto que hoy rehusan intervenir los enfermos afectos de dilatación del estómago ó duodeno, atonía gástrica, cardio-espasmos, etc., que son la desesperación de los médicos.

Técnica.—No conceden gran importancia al procedimiento en la gastro-enterostomía, aun conviniendo que él, en Y de Roux, pone al abrigo de los accidentes de reflujo duodenal más que los otros. Sin embargo, en un caso, á pesar del empleo de este proceder y la oclusión artificial del píloro, persistió el reflujo, y con él los vómitos tan incoercibles como antes de la operación. Por el contrario, los procedimientos más sencillos pueden asegurar el éxito en más de un caso. Después de no pocas tentativas han adoptado definitiva-

mente la manera de hacer de los hermanos Mayo: gastro-enterostomía sin cruce (1), dirigiéndose el yeyuno hacia la izquierda como normalmente, con cuyo proceder el reflujo es excepcional, siempre que el caso sea de indicación clara de gastro-enterostomía.

En ciertos casos han recurrido á píloro-plastia de Finney, más lenta, pero más segura en resultados que la gastro-duodenostomía de Kocher.

La escisión de la úlcera ó gastrectomía parcial parece ser el método ideal en los casos sospechosos y en los sujetos con ó más de la edad media de la vida, es decir, la edad del cáncer. Por desgracia, su mortalidad es mucho más considerable que la de la simple anastomosis, y la mayor parte de los enfermos son confiados demasiado tarde al cirujano para que pueda recurrir al tratamiento radical. Sin querer hacer de él el método de elección en la úlcera del estómago, convienen en que la indicación de la escisión podrá presentarse en más de un caso particular, constituyendo entonces un método ideal que suprime al mismo tiempo dos de sus complicaciones terribles: la hemorragia y la degeneración maligna.

Insiste á este particular *Munro* sobre la imposibilidad que hay en ciertos casos, aun con la lesión á la vista, para distinguir la úlcera callosa simple del cáncer; y más de una vez hecho este diagnóstico, no habiéndose atrevido á practicar la operación radical en enfermos extremadamente débiles, se ha tenido la agradable sorpresa de verles curados no comprobándose el diagnóstico; y, por el contrario, les ha sucedido, aunque con menos frecuencia, cometer el error contrario.

¿Qué le sucede con el tiempo á la boca anastomótica? El azar ha llevado á los autores más de una vez á reabrir el vientre de sus operados: siempre han encontrado la boca permeable, funcionando bien y más agrandada cuando la anastomosis había sido practicada por medio de la sutura directa de las paredes gastro-intestinales, y aun cuando el píloro fuera ó no permeable. Por el contrario, el abocamiento por el botón de Murfy no ha dado tan buenos resultados, y dos veces se han visto precisados á rehacer la operación sustituyendo con la sutura al botón, que parece reservado solamente á los casos en que es necesaria gran rapidez. No tienen dato alguno preciso sobre la frecuencia de la úlcera péptica; en dos casos de hemorragia tardía mortal, después de gastro-enterostomía por úlcera del duodeno, creen poder atribuir la muerte á esta complicación.

Para la sutura dan preferencia: al catgut para los puntos mucomusculares, y al hilo para los sero-serosos. La anestesia prudente

(1) *Sans boucle*, dice el autor.

por el éter, la oclusión cuidadosa de la cavidad posterior para evitar la hernia interna, y la elevación de la cabeza del enfermo en la cama después de la operación, son otras tantas medidas que disminuyen al mínimum los riesgos de la intervención.

Sobre las indicaciones operatorias en las afecciones gástricas no malignas, por Habs. (*Münch. med. Woch.* 4 Febrero 1908.)

De sus observaciones clínicas deduce las conclusiones siguientes: La úlcera simple del estómago no constituye por sí misma indicación operatoria, sino la existencia de una complicación grave, como la perforación, la hemorragia abundante, que amenazan directamente la vida. Las pequeñas hemorragias repetidas, ocasionando anemia grave, pueden obligar á operar. Los trastornos ocasionados por ellas mismas no son más que indicación relativa, porque no son generalmente modificados en los casos en que la histeria ó la neurastenia complican la enfermedad.

Se debe recurrir á la operación cuando el tratamiento interno fracasa en toda especie de estenosis del píloro, trátese de enfermedad congénita, ó sea secundaria á úlcera, á cicatriz, á adherencias perigástricas ó á compresión por tumor, y en las hipertróficas, causadas por espesamiento de la pared gástrica, sobre todo en la túnica muscular, siendo necesario operar antes de que las fuerzas decaigan mucho por consecuencia de la inanición.

Y lo mismo en la dilatación atónica del estómago, aun cuando en ella los resultados con frecuencia dejen mucho que desear.

Los resultados operatorios son excelentes en la gastro-sucorrea.

El método empleado generalmente es la gastro-enterostomía. En los casos raros, que convienen para la píloro-plastia, por ejemplo, en los que la pared del píloro es poco espesa y no hay adherencias, se ha recurrido á ella.

El pronóstico de la gastro-enterostomía está ensombrecido por el desarrollo de la úlcera péptica del yeyuno, rara por fortuna.

La resección no está permitida más que si sospecha una afección maligna, por la gran mortalidad que ocasiona esta intervención.

DR. R. L. Y YAGÜE

Ginecología.

Tratamiento de la tuberculosis peritoneal y de los órganos genitales, por el Dr. K. Baisch. (*Archiv für Gynäkol.* Bd. lxxxiv.)

El autor atribuye á Spencer Wells' el tratamiento quirúrgico de la peritonitis tuberculosa, cuyos buenos resultados fueron debidos á la casualidad; pues habiendo practicado la laparotomía en una en-

ferma, en la cual se sospechaba la existencia de un tumor ovárico; se encontró que lo que padecía era una peritonitis tuberculosa. Cerró el vientre, y esta enferma, cuya convalecencia transcurrió sin novedad, se encontraba perfectamente bien veintidós años más tarde. Sin embargo, confiesa el Dr. Baich que el primero que instituyó el tratamiento sistemático de la peritonitis tuberculosa por la laparotomía fué Koenig, siendo después aceptado con entusiasmo por todos los cirujanos, hasta que en 1901 las estadísticas de Borchgrevink vinieron á rebajar la importancia del método, pues examinados los casos tratados médicamente y por la punción de la ascitis, ascendía á 81 por 100 la cifra de curaciones, en tanto que en los tratados por la laparotomía sólo llegaba al 63 por 100.

Baisch ha reunido 110 casos de peritonitis tuberculosa y de tuberculosis genital, observados en la Universidad de Tubinga durante los diez últimos años; de ellos, 40 murieron en los cuatro años siguientes al tratamiento; pero ninguno de los que sobrevivieron después de los cuatro años ha presentado signos de recidiva.

Peritonitis tuberculosa de forma ascítica.—De 35 casos observados, la mayor parte comenzó entre los quince y veinticinco años de edad; sólo una de las enfermas se hizo embarazada después del tratamiento, estando demostrado que la peritonitis tuberculosa produce invariablemente la esterilidad. De dicho número de enfermas, 31 fueron tratadas quirúrgicamente; de las otras 4, 2 murieron y 2 se curaron. En unos casos se practicó la laparotomía y en otros la colpotomía posterior para desaguar la ascitis; las 24 operadas que curaron viven aún, y de ellas 15 después de cuatro años. De los casos desgraciados, 4 sufrieron tuberculosis pulmonar, y en 3 hubo invasión tuberculosa de la herida y degeneración caseosa. Muchos condenan la laparotomía por los peligros de la anestesia y de la posición supina prolongadas, que dificultan la respiración y la expectoración, y también por la tendencia á la hernia y á la fístula estercorácea. Para evitar estos inconvenientes ha propuesto Condamine la colpotomía posterior. Este método se empleó once veces; pero se observó que la elevación de la temperatura era más frecuente que cuando se practicaba la laparotomía clásica.

Peritonitis tuberculosa adhesiva ó fibrino-plástica.—En los casos de esta forma los resultados fueron menos satisfactorios: las mujeres casadas, que antes de padecer la peritonitis habían sido fecundas, fueron estériles después. De 22 enfermas murieron 11; 8, de 11 tratadas médicamente; y 3, de las otras 11 operadas. Cinco de las curadas fueron observadas durante más de cinco años. En estos casos, la operación consiste sólo en abrir y cerrar el vientre, pues toda tentativa de separar adherencias va seguida de desgarros y lesio-

nes del intestino de difícil restauración, originarias de fístulas estercoráceas.

Salpingitis y piosalpinx tuberculosos.—De 32 enfermas tratadas quirúrgicamente murieron 9: 3 por peritonitis, debidas á herida del recto; 1 á bronco-neumonía, y 5 después de haber salido del hospital, por distintos procesos.

Baisch recomienda extirpar ambas trompas: para este autor, la aparente superioridad del tratamiento quirúrgico en la tuberculosis del peritoneo y de los órganos genitales es quizá engañosa, pues en la curación influyen los medios generales que después se recomiendan á las enfermas con objeto de prestar resistencia al organismo, viendo cómo sucumben al cabo de algún tiempo las que no pueden disponer de estos recursos.

Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis uro-genital por medio de la tuberculina de Koch, por el Prof. Birnbaum. (*Zentralb. f. Gynäkol.*, núm. 39.)

Basándose en las experiencias realizadas en la Clínica de Göttinga, aconseja Birnbaum el uso de la tuberculina para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis uro-genital. Como medio diagnóstico lo ha venido ensayando en un centenar de casos por espacio de cuatro años y medio, no habiendo fallado más que una sola vez.

Como tratamiento fué empleado en 23 casos, con el resultado siguiente: de 7 casos de peritonitis tuberculosa con ascitis curaron 3; de 7 sin ascitis curaron 5; de 5 casos de anexitis tuberculosa curaron 3; de 4 casos de tuberculosis vesical curó 1.

Recomienda el autor seguir el tratamiento por etapas, es decir, practicando las inyecciones de tiempo en tiempo. Lenhartz, de Hamburgo, también se muestra muy partidario de la tuberculina en los mismos casos.

Mesosigmoiditis y su relación con algunas ginecopatías, por Emil Ries. (*The amer. journal of obst.* 1907, pág. 628.)

Refiere el autor un caso clínico que demuestra la importancia de la *mesosigmoiditis*. Una señora de veintidós años, quien después de un parto á término tuvo un puerperio infeccioso, comenzó á sufrir dolores en la región ilíaca izquierda, que se propagaban á la pierna del mismo lado; dolores en la región sacra, flujo vaginal purulento y estreñimiento pertinaz.

En el reconocimiento se comprobó la existencia de una retroversión fija, aumento de volumen de los anejos izquierdos y menor en los derechos; S ilíaca ó sigma, sensible y dura á la presión.

Anestesiada, se practicó el raspado del útero y la anexiectomía

bilateral por la vagina, dejando el ovario derecho por encontrarlo normal. Transcurridos seis meses después de la operación, tuvo gran estreñimiento, dolores abdominales, vómitos que duraron cinco días á pesar de las inyecciones de morfina y atropina. En estas condiciones volvió á ingresar en el hospital, donde fué operada de urgencia, hallando que la causa de la oclusión intestinal era una banda fibrosa ó adherencia que iba de un asa á la otra en relación con el ombligo y que no tenía ninguna con el aparato genital.

Una vez terminada la operación, se confirmó el paso de heces y de gases, que de un modo brusco y de improviso se interrumpió, reapareciendo nuevamente síntomas de oclusión.

Reabierto el vientre, se pudo apreciar que la causa de la nueva obstrucción era un vólvulo de la S ilíaca originado por una *mesosigmoiditis*; deshecha la torsión, se cerró el vientre.

A los doce días salía esta enferma del hospital completamente curada. Este caso interesante viene á señalar la necesidad de que en toda oclusión intestinal se preste atención al estado del mesosigma, y en caso de hallarse inflamado, debe fijarse profilácticamente la S ilíaca ó su meso al peritoneo parietal.

Las causas de la inflamación crónica del mesosigma son: los divertículos de Graser en el sigmacolon y la inflamación crónica del resto de los órganos genitales.

Los divertículos de Graser pueden ser verdaderos ó falsos, y se encuentran sobre el trayecto de los vasos en medio de la túnica muscular del sigmacolon. Las heces fecales pueden estancarse en ellos y producir irritaciones, ulceraciones y á veces perforaciones. La absorción de los materiales sépticos retenidos en estos divertículos puede ocasionar la inflamación crónica del mesosigma. Como consecuencia de toda proctitis, estenosis ó ulceración rectal, puede ser invadida también la S ilíaca. La parametritis crónica atrófica, los tumores y las anexitis crónicas del lado izquierdo se asocian á la mesosigmoiditis. Dada la gran frecuencia de las genitopatías, es extraño que sean raros en la mujer los casos de vólvulo debidos á mesosigmoiditis, sobre todo cuando se comparan á los encontrados en el hombre.

Los síntomas de la *mesosigmoiditis*, y para esto poco pronunciados de ordinario, son: el estreñimiento, la flatulencia y los dolores en la región ilíaca. Por punto general, y como sólo se habla de estreñimiento rebelde, hasta que se presentan síntomas de vólvulo no se hace el diagnóstico; si entonces se practica la laparotomía antes de que sobrevenga peritonitis ó los exudados recubran el sigma, se reconocerá fácilmente la mesosigmoiditis.

Dr. Gutiérrez

Laringología.

La angina ulcerosa precoz de la escarlatina.
(L'Etoile médicale. Febrero 1908.)

En la escarlatina, independientemente de las manifestaciones faríngeas, existe una angina ulcerosa.

El Dr. Larrouy en su tesis dice: Dicha angina está caracterizada por:

a) Una ulceración ordinariamente única, colocada con frecuencia sobre la amígdala sin extenderse.

b) Fenómenos generales bastante intensos.

c) Ingurgitamiento ganglionar muy acentuado sin terminar por supuración.

Esta angina es á menudo precoz; evoluciona durante el período de erupción.

Las afecciones con las que se confunde son: la difteria faríngea, la sífilis en sus tres períodos, cuando reviste ciertas formas; la angina espirilar de Vincent, el herpes bucofaríngeo, las ulceraciones de la gangrena.

En sus tesis M. Larrouy indica el tratamiento siguiente, que merece especial atención:

I. Toques varias veces al día con la solución de sulfato de zinc, 0,50 gramos, en agua destilada, 30 gramos.

II. O bien la fórmula de Gaucher:

Alcanfor.....	aa.	5 gramos.
Acido fénico.....		
Aceite esterilizado.....		10 »

III. O hacer lavados con agua oxigenada ó, como propone M. Variot, con solución de permanganato de potasa. El Dr. Larrouy es partidario de los lavados.

M. Pivert prefiere el método de Méry y Flalle, el cual consiste en hacer toques por mañana y tarde con la solución de cloruro de zinc al 1 por 30, y además 5 ó 6 lavados de agua oxigenada.

Estos lavados también se emplean en el hospital Trousseau. M. Netter les atribuye un papel mecánico importante en la limpieza de las ulceraciones, pero encuentra insuficiente su acción antiséptica y les une el azul de metileno.

M. Netter usa la solución al décimo. Dos veces al día se hacen embrocaciones con esta solución en los puntos ulcerados, después de haberlos limpiado bien por medio de un chorro de agua oxigenada.

Rinobronquitis espasmódica (fiebre de heno).
(*Gaceta médica catalana*. Febrero 1902.)

Esta enfermedad ha tenido y tiene varios nombres: así, se la llama, según el síntoma predominante, rinobronquitis espasmódica, catarro de verano, asma de verano, fiebre de los henos, asma de los henos, coriza vasomotor periódico, coriza de las rosas, rinitis hiperestésica periódica, rinobronquitis anual.

Tiene dos formas, que son: la óculo-nasal y la forma asmática.

El catarro de los henos se presenta en ciertos individuos, y sería de tener en cuenta la predisposición individual; ha habido muchos que creen que hay lesión especial en las fosas nasales, y aun cuando se encuentran lesiones distintas, como pólipos, ulceraciones, vegetaciones hipertróficas, etc., sin embargo, ninguna de ellas ofrece tal grado de frecuencia que pueda caracterizarse como típico de dicha enfermedad. Se observa que en los pacientes de estrecheces nasales congénitas es más molesta la enfermedad que en los que sus fosas nasales dejan libre paso al aire, y así tenemos que, una vez operados (ablación de pólipos, enderezamiento de tabique, etc.), y hay más libertad para el paso del aire, se atenúan algo las crisis. También es de tener en cuenta que la mucosa inflamada durante el período del catarro, y por su gran sensibilidad, puede, por un tratamiento demasiado activo, contraer ó aumentar la intensidad de la afección. La herencia también desempeña un papel importante, no por la herencia del temperamento artrítico-nervioso, sino por la herencia de la enfermedad misma.

Lefiaive considera como única causa predisponente la existencia de la diátesis artrítica, y comprobó durante el acceso una disminución de la cantidad de orina, aumento de ácido úrico y disminución en la proporción de urea.

Bishop y Cheatham consideran los ataques como debidos á la excitabilidad nerviosa y, sobre todo, á la sobrecarga de ácido úrico en la sangre.

Las causas determinantes de la enfermedad aun no están dilucidadas. Unos creen que es sólo debido á la *acción del polen* sobre la mucosa de las vías aéreas; otros, que la *diátesis artrítica*, y según otros, se halla constituído el factor principal por la *excitabilidad* de la mucosa nasal con ó sin lesiones. ¿Cuál es, pues, la naturaleza de esta lesión? Es difícil responder claramente á esta pregunta.

Puede considerarse el catarro de los henos como una neurosis vasomotora refleja en la que intervienen diversos factores: la diátesis artrítica, la herencia, el neurosismo, una susceptibilidad especial de la mucosa nasal y la acción del polen, que si no constituye

una causa específica absoluta, resulta por lo menos el agente provocador de la mayoría de los casos.

Todos los medios que se aconsejan tienden á disminuir la acción nerviosa (cocaína, opiáceos, belladona, antipirina, etc., sustraer á los enfermos de la acción de los polvos irritantes), por lo que, unido á que no se encuentra lesión determinante en la nariz á que pueda achacarse el origen de la enfermedad, creo debemos quedarnos por ahora con la teoría nerviosa como productora de la enfermedad, teniendo siempre en cuenta el estado artrítico y nervioso, aconsejando, por tanto, los alcalinos, arsenicales, litina, etc.

DR. JUVENTINO MORALES LAHOZ

Osteo-artropatías y cirugía ortopédica.

Etiología, patología y clasificación de ciertas formas de inflamaciones articulares, con un esquema para la clasificación general de las mismas, por P. William Nathan, de New York. (*Am. Jour. Med. Science.* T. CXXXI, pág. 636.)

En este artículo se da la siguiente clasificación:

FORMAS SINOVIALES

Inflamatorias ó infecciosas.	Tróficas.
Tuberculosa.	Senil.
Sifilítica.	Metabólica.
Gonorreica.	
Tífica, etc.	Toxémica.

FORMAS ÓSEAS

Inflamatorias ó infecciosas.	Tróficas.
Tuberculosa.	Senil.
Sifilítica.	Metabólica.
Gonorreica.	Neurótica.
Tífica, etc.	Toxémica.

Tratamiento de la curvadura lateral de la espina, por R. W. Lowet, de Boston. (*Journal A. M. A.*, June 23.)

El autor ha estudiado detenidamente el asunto de las torceduras laterales de la espina. En las escuelas públicas encuentra un 25 por 100 de niños en los cuales se observa una desviación mayor ó menor de la columna vertebral. Divide las escoliosis en dos tipos generales. Uno llamado de posición, ó funcional, y otro estructural. El primero y más común consiste en una mala dirección de la posición normal de la espina, que no implica necesariamente, al menos al principio,

alteración en los tejidos, y se corrige con los medios de gimnasia generales y un apoyo ó aparato llevado suficiente tiempo hasta modificar persistentemente las condiciones favorables. El tipo estructural está caracterizado por una prominencia en la espalda y en el pecho, con rotación de las vértebras, desviación de las mismas y cambio en la curvadura de las costillas, y exige un tratamiento mucho más eficaz y violento. Corrección forzada, colocación de aparatos y apósitos, y principalmente el uso de aparatos gimnásticos, estiramiento activo, estiramiento pasivo, y evitar la atrofia de las masas musculares.

Localización de los puntos de desviación de la espina, basada en 884 casos de escoliosis y de espaldas redondas, por E. Hess, de Zurich. *(Zeit. für Orth. Band XIV, Heft. 2.)*

Siguiendo el procedimiento de Schulthes, es decir, doblando el paciente á la derecha y á la izquierda, ha encontrado las siguientes desviaciones:

Escoliosis cérvico-dorsal	25	casos.
» dorsal simple	146	»
» complicada	248	»
» lumbo-dorsal	154	»
» lumbar	77	»
» total	147	»
Espalda redonda	87	»
TOTAL	884	»

De éstas, 411 tenían la convexidad á la izquierda y 386 á la derecha. En estos casos fué anotada cuidadosamente la posición de las vértebras ó de los espacios intervertebrales en que comenzaba la desviación. Los puntos más frecuentemente desviados estaban entre la onzava dorsal y cuarta lumbar.

Costillas cervicales y su importancia quirúrgica, por Carl Beck, de New York. (*Journal A. M. A.*, June, 17, 1907.)

Hasta hace muy poco se creía que las costillas supernumerarias no tenían más que una importancia académica, pero en realidad tienen á veces gran interés clínico. Los trastornos producidos por estas costillas supernumerarias pueden ser múltiples, y se han hecho más potentes cada año después de haber empezado á conocerlos. La anomalía puede consistir desde un ligero crecimiento hasta una completa costilla.

En los dos tercios de los casos es bilateral, pero el desarrollo com-

pleto en ambos lados es muy raro. Los síntomas pueden confundirse con los de un tumor ó una excrecencia ósea, y la radiografía hoy puede sacarnos de dudas. Preséntase un abultamiento mayor ó menor en la región cervical al lado de la vértebra y fenómenos de compresión del plexo braquial.

Estos fenómenos son puramente mecánicos al principio y exigen un tratamiento quirúrgico. En unos casos la operación es sencilla, pero en otros está erizada de dificultades que sólo debe vencer un experto cirujano. Cada caso debe estudiarse con detenimiento, y la operación debe acomodarse con exactitud á la disposición de las partes.

Artritis sacro-ilíaca tuberculosa, por Zesas. (*Zeit. f. Orth. Chir. Band XV. H. 2-4.*)

La inflamación aguda ó crónica de esta articulación es muy poco frecuente, lo cual se debe á la poca movilidad de que goza. Se suele presentar entre los veinte y cuarenta años. El traumatismo tiene gran importancia, sobre todo cuando es directo. El síntoma principal es el dolor, ya localizado, ya extendido á las distintas partes del abdomen. El dolor local se confunde con el de la coxalgia, la ciática ó el lumbago.

A veces hay ligera cojera y abscesos en la pelvis.

DR. GARCÍA HURTADO

Oto-rino-laringología.

El radium en la terapéutica laringológica. Memoria leída en el XI Congreso de la Sociedad Italiana de Laringología, Rinología y Otología. Roma, Octubre de 1907. Profesor Ferreri.

El autor hace constar que en el Congreso anterior, verificado en Sienne el 1904, leyó una breve nota sobre los resultados obtenidos con la fototerapia en un corto número de enfermos de las primeras vías respiratorias; aunque no ha vuelto á publicar nada desde entonces, ha seguido, sin embargo, trabajando sobre este asunto, sin lograr obtener una conclusión práctica definitiva, si bien se ha convencido de que:

1.° Los *rayos Roentgen*, aun atenuando su intensidad y el número de interrupciones, así como graduando el alejamiento del tubo generador, *están contraindicados* en todas las afecciones del oído y faringe, teniendo en cuenta que provocan una violenta reacción flogística que sobrepasa los límites de la región expuesta á las radiaciones, toda vez que las partes vecinas no pueden protegerse por una pantalla de plomo.

2.° El *método de Finsen*, en tanto sea posible aproximar el foco luminoso á la región que ha de estar sometida á tratamiento, produce excelentes resultados en los catarros crónicos de forma hipertrófica ó hiperplásica de la nariz, faringe y oído, y como resolvente de residuos flogísticos. Pero apenas si produce efecto alguno en las afecciones análogas de la laringe, pues no puede evitarse que la sangre circulante en las regiones profundas absorba la mayoría de los rayos, impidiendo que lleguen á la endolaringe.

En el último curso la fototerapia y roentgenterapia han cedido sus puestos á la radiumterapia. He aquí los resultados obtenidos por el autor:

En primer lugar las mucosas son muchísimo más resistentes que la piel á la acción de las radiaciones del supradicho metal. Las aplicaciones de radium sobre la cara externa de la laringe ó sobre la piel de la nariz, prolongadas de veinte á treinta minutos, producen escaras difíciles de curar (duran meses), mientras que apenas si producen efecto aparente sobre la mucosa endolaríngea ó nasal, respectivamente.

Haciendo respirar las emanaciones de *radium* á ratones y conejos, éstos experimentan convulsiones, parálisis y coma, que suele terminar por muerte. Pero esto es en los animales pequeños é inferiores; en el hombre jamás se han presentado tales accidentes, á pesar de haber empleado el radium, sin envolturas ni diafragmas especiales, en contacto directo con las partes afectas de la faringe.

El radium, además de su acción curativa sobre la parte enferma, produce una anestesia, más ó menos pasajera, por acción directa sobre las terminaciones sensitivas. Es un caso particular del efecto general que produce el radium sobre la vitalidad de los elementos celulares.

Teniendo en cuenta que el radium ejerce una acción sobre los organismos vivos tanto más enérgica cuanto más inferiores son en la escala ontogénica ó filogénica, puesto que actuando sobre lesiones ó larvas destruye todo ó parte del sér en formación, produciendo monstruosidades, y mata en pocas horas á las plantas y animales inferiores, era de esperar que ejerciese una acción microbicida sobre los microorganismos que pululan en las criptas de la mucosa faríngea y en los tejidos de neoformación flogística ó infecciosa: lupus, tuberculosis, sífilis, rino-escleroma, etc. El éxito ha sido sorprendente, tanto si existía simple infiltración como si había ulceraciones, y aplicado en las fosas amigdalinas han suprimido, ó cuando menos espaciado, los brotes de anginas, frecuentísimos en algunos enfermos á pesar de enérgicos antisépticos locales.

Pero donde tiene su uso más indicado el radium es en todas esas

lesiones cuyo diagnóstico, dudoso, oscila entre canceroso ó sifilítico. El autor cita el siguiente caso: enfermo sexagenario, robusto, bebedor y fumador impenitente, sin antecedentes específicos; tenía una enorme infiltración del pilar posterior derecho, ulcerada en parte y sangrante al menor contacto; fuertes dolores se irradiaban al oído derecho. Diagnóstico, cáncer. Cinco sesiones, de cuarenta minutos cada una, con 10 miligramos de sal de radium, encerrada en un tubito, que se ponía en contacto con el tumor, *curaron radicalmente* éste. El autor no se atreve á afirmar, sin embargo, que puede curarse un cáncer comprobado histológicamente.

Respecto á las afecciones laríngeas, el radium debe emplearse antes de intervenir quirúrgicamente en casos de paquidermia laríngea, corditis tuberosa, nódulos de los cantantes, tumores benignos implantados en los bordes de las cuerdas vocales, etc., etc.; es curioso ver atrofiarse y desaparecer rápidamente pequeños fibromas y nódulos, sin que la mucosa endolaríngea sufra lo más mínimo.

Para llevar el radium hasta la cavidad glótica basta un simple portaalgodón laríngeo, con paso de rosca en su extremidad para atornillar el diminuto tubo de vidrio que encierra la sal, que suele ser el bromuro de dicho metal.

El autor termina su comunicación leyendo otro caso de epitelioma, laríngeo esta vez, en vías de curación, á favor del nuevo tratamiento: enfermo de sesenta y dos años, sin antecedentes patológicos. Al laringoscopio se vió una infiltración tumoral de la cuerda izquierda y región subglótica hasta el cricoides, de superficie mamelonada y roja, sin ulcerar; hemiplegia laríngea izquierda, con afonía subsiguiente. Respiraba bien en reposo, mal en la marcha. No había signos aparentes de transplantación ganglionar. No quiso operarse, y fué sometido á la radiumterapia.

Primeramente se hicieron aplicaciones externas, que no ejercieron influencia alguna sobre el tumor. Después se han hecho dos series de aplicaciones directas sobre el tumor, previa anestesia de las fauces y faringe con cocaína al 1 por 10: la primera serie, de una duración total de doscientos minutos en 18 sesiones; la segunda, doscientos doce minutos en 13 sesiones, las últimas—cuatro al día—de veinte minutos cada una.

A los quince días de tratamiento, la infiltración cancerosa presentaba al nivel de la cuerda vocal una erosión en forma de hoz, de superficie lisa, no sangrante, cubierta de epitelio normal de un amarillo grisáceo. La respiración había mejorado con ello enormemente. (*Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, Diciembre 1907, pág. 730.)

Dr. Iruesta

Vias urinarias.

Flemón metastásico de origen blenorrágico, por el Dr. Chvetz. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires*, 15 Enero 1908. París.)

El autor, examinando la cuestión relativa á la metástasis blenorrágica, comunica un caso por él observado. El enfermo, de edad de diez y ocho años, sintió, después de una marcha prolongada, un dolor en el pie derecho, que un médico diagnosticó de ligera entorsis. Los dolores aumentaron, el pie se inflamó y apareció un flemón; en el lado externo del tobillo, y un poco por encima de la articulación tibio-tarsiana, se veía un enrojecimiento difuso y piel infiltrada; palpación dolorosa, fluctuación por encima y debajo de la articulación, movimientos no dolorosos, ausencia de linfangitis; la falta de solución de continuidad hace desechar origen traumático.

Diagnostícase flemón metastásico blenorrágico; el examen microscópico del pus demuestra la presencia exclusiva de gonococos.

Algunas semanas antes de la aparición del flemón el individuo había sido contagiado de blenorragia, é indudablemente los gonococos habían emigrado por la corriente sanguínea.

De una manera general, la blenorragia, aparte de las manifestaciones locales, puede provocar complicaciones aun mortales, lejanas y generalizadas, por lo cual debe considerarse como enfermedad seria y no como «incidente de la juventud».

La plata coloidal en las afecciones de las vías urinarias, por el Dr. Hamonic. (*Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*. París, 18 Enero 1908.)

El uso terapéutico de los metales coloidales es de fecha reciente. Se sabe que estos agentes están constituídos por partículas sumamente pequeñas en suspensión estable en un medio líquido; están dotados de movimientos brownianos muy activos y de potencia eléctrica relativamente grande; ofrecen superficie de contacto muy extensa, y por consiguiente, su acción sobre los tejidos es considerable.

Para determinar el estado coloidal, se pueden emplear procedimientos químicos; pero son mejor las descargas eléctricas para reducir el metal á polvo microscópico y obtener preparaciones absolutamente puras.

Los metales coloidales tienen un gran poder bactericida; se les inyecta directamente en la sangre por vía venosa, ó bien en el tejido celular, que los absorbe en poco tiempo; están desprovistos de toxicidad. En cuanto á su acción íntima sobre los tejidos, es aún misteriosa; es probable que las partículas metálicas que poseen una especie de vida propia (lo cual ha hecho que se las compare á los fer-

mentos) activen los cambios nutritivos, estimulen la vida celular y exalten la fagocitosis.

Hamonic ha empleado en sus ensayos la plata coloidal, obtenida por pulverización del metal en agua esterilizada por medio de grandes chispas eléctricas; conócese este producto con el nombre de electrargol, y lo prepára la casa Clin, de París.

Las primeras experiencias de Hamonic recayeron en lesiones tuberculosas óseas y en abscesos fríos ganglionares, sorprendiéndose con los buenos resultados obtenidos aun en casos en los que la intervención cruenta parecía imponerse.

Ha tratado por este método 17 casos de nefritis tuberculosas con inyecciones hipodérmicas é intravenosas sin gran resultado, al menos sobre el riñón; en las pielonefritis, cistitis y uretritis igualmente han sido inciertos y vagos los resultados.

Pero las cosas varían en las afecciones del epididimo, testículo y próstata; aquí es fácil inyectar directamente en los tejidos enfermos y aprisionarlo en el seno de las lesiones, que sufren de este modo la acción directa.

Siete epididimitis blenorrágicas agudas, tratadas con las inyecciones de electrargol, curaron en un período de tiempo variable entre seis y nueve días; el manual operatorio es sencillo: basta con introducir la aguja de Pravaz en el punto más saliente de la tumefacción, é inyectar en el centro del órgano un c. c. de electrargol, pudiendo en la misma sesión inyectar en dos ó tres sitios distintos si la epididimitis es violenta y generalizada; la introducción del líquido es poco dolorosa, á condición de inyectar lentamente. El autor aconseja en los casos de grande y mediana intensidad repetir la inyección á los dos ó tres días.

En las epididimitis tuberculosas las mejorías han sido tan notables, que puede darse como absolutamente contenido el proceso en tres casos; é igualmente puede decirse de la tuberculosis epididimo-testicular.

En tres casos de tuberculosis prostática ha empleado el electrargol, siguiendo esta técnica: enfermo colocado en posición genu-pectoral; con una valva estrecha introducida en el recto se descubre la región prostática, y en el punto más saliente y más indurado se pone la inyección; de cuatro enfermos, tres han mejorado visiblemente; en estos casos aconseja poner las inyecciones cada siete ú ocho días.

El autor estima condición precisa para el éxito la introducción de la plata coloidal *en el seno mismo de los tejidos enfermos.*

DR. CARLOS NEGRETE

BIBLIOGRAFÍA

El onanismo. Su prehistoria, su historia, sus causas y sus consecuencias. Por Diego Carbonell, estudiante de Ciencias Médicas y miembro fundador de la «Sociedad Vargas». Caracas, 1907.

Nada nuevo dice el Sr. Carbonell en su folleto relativo á esta aberración del sentido genésico; nada que no esté ya consignado por Pouillet en su extenso *Estudio médico-psicológico sobre el onanismo en el hombre*; por Tissot, en su célebre obra *El onanismo: ensayo sobre las enfermedades que puede provocar la masturbación*; por Lallemand; por Mata y por Yáñez, en sus tratados de Medicina legal; por Fournier mismo, en su libro *L'Onanisme*, que conoce y cita el ilustrado estudiante de Ciencias Médicas de Caracas, y por tantos otros, que trataron y detallaron todos esos medios extraños á las leyes exigidas y previstas por la naturaleza, señalando, más ó menos exageradamente, los desastres que produce en el organismo tal modo de mancillar el cuerpo y debilitar en el alma la firmeza moral. Sin embargo, se lee con gusto el trabajo del Sr. Carbonell, porque tiene el prestigio de la forma, ya que no la novedad en el fondo. Ha sabido el autor encerrarse en los límites del decoro, empleando un estilo y lenguaje literario, cuidando de disimular la deformidad y repugnancia del asunto al cubrirlo con la noble vestidura didáctica, que se concreta á difundir la verdad científica, sin caer en esa grosera franqueza del diseño que tanto priva á los que no saben ó no quieren, cuando escriben ciertas cosas, hacer caso omiso de la influencia de cierta constitución erótica, entregándose á lo que un escritor ilustre llamó la demagogia del naturalismo.

Es labor del médico esta de dar consejos de prudencia y preceptos de higiene para evitar el goce *contra natura*. Así lo reconoce A. Schopenhauer en su *Fundamento de la moral*, añadiendo, en su tesis admirable, que una vez que la higiene y el buen régimen han hecho su obra y abatido al vicio con razones inatacables, si la moral quiere, á su vez, mezclarse en ello, se arriesga á encontrar la obra hecha, y tan bien hecha, que nada le quede que hacer. Se ve aquí cómo el insigne filósofo alemán deja á las Ciencias Médicas una buena parte en la tarea de la moderna pedagogía. El punto de vista que ha elegido el Sr. Carbonell para su trabajo es de los que abarcan una importante misión social. El porvenir de las razas radica en la educación de las generaciones nuevas. Y en esa educación ha de intervenir el conocimiento médico con sus serias advertencias, si, como pide Guyau, para llegar á la regeneración humana, precisa

contener y someter los instintos y tendencias susceptibles de perturbar y dañar el equilibrio general del organismo. Es el médico el que ha de enseñar ese camino por donde se llegue á la deseada adaptación y se alcancen á establecer las condiciones de la vida más intensa y más fecunda para el individuo y para la especie. Por esta humanitaria tendencia, es principalmente meritorio el trabajo del Sr. Carbonell, que, mirando al porvenir, va en busca de la plena salud; llama la atención del ministerio paternal en la hora de las impresiones inconscientes; advierte uno de los peligros que traen la miseria fisiológica, la esterilidad y la degeneración; y pide, en fin, para su naciente patria una juventud de brazos vigorosos que la sostengan y de cerebros fuertes que la dirijan.

Nova sciencia de curar. Medicina natural. Systema de tratamento racional, com o qual a humanidade poderá em breve tempo rehabilitarse dos seus soffrimentos moraes e physicos, fundado no principio de unidade do Universo, por Saturnino Generoso Fernández. Belem. Imprensa official do Estado do Pará, 1907.

Hemos recibido dos tomos, escritos en portugués, de esta *nueva ciencia de curar*. Anúncianse todavía otros volúmenes para desarrollar por completo la obra y fundar esa medicina que, según el autor, vendrá en auxilio directo de la humanidad en general, pero especialmente de los que sufren. Seguiremos la lectura de esas otras partes que promete desde Belem (Estado de Pará) este médico *natural*, enemigo declarado de la farmacia; fustigador implacable de los alópatas; reformador que mira con encono todos los medios de acción de nuestros grandes métodos terapéuticos; hombre, al parecer, convencido de la eficacia de su doctrina; especie de apóstol que abre los brazos y se prosterna ante las concepciones cosmogónicas, define la sustancia primordial de la Naturaleza y busca en la armonía de los agentes físicos (aire, agua, luz y calor) la conservación del principio dinámico individual.

Esta *Medicina Natural* del Sr. Generoso Fernández no es la vuelta al antiguo naturalismo de Hipócrates, porque el anciano de Coos asociaba el arte médica á los esfuerzos de la Naturaleza; ni es tampoco el naturalismo moderno, que define admirablemente Bouchard diciendo que es la terapéutica que actúa como un ejército de socorro, estimula las reacciones defensivas del organismo, respetando los síntomas favorables, y termina la obra empezada por la *Natura medicatrix*. Para el autor de la *Nova sciencia de curar* no hay término medio. Los insultos de Petrarca, los desprecios de Montaigne, las burlas de Molière, todo lo que en todos los tiempos se ha dicho contra la medicina, resulta suave al lado de lo que consig-

na en su obra el Sr. Generoso. Véase lo menos malo que dice el autor, refiriéndose á la química: «*Nadie puede negar los grandes servicios que ha prestado la química á la industria y á las artes; pero á la ciencia de curar la ha hecho retroceder cada vez más*». (No comentamos estas palabras, porque no lo creemos necesario, dado el buen sentido de nuestros lectores.) Hay que leer también, para creerlo, lo que refiere el autor de las ventajas del estado natural; dice entre muchas cosas lo siguiente: «El hombre civilizado, en vez de andar desnudo, expuesto á la acción directa de los agentes físicos de vitalidad, como anda el salvaje, procura cubrirse de ropas de pies á cabeza, á título de moral ú otros preceptos, y de esto resulta la debilidad de la piel, por falta de ser bañada por el aire y por la luz, y que al mismo tiempo sientan igual consecuencia los centros nerviosos, por la ausencia de la acción vivificadora que debía serles transmitida por sus ramificaciones polares». Y por esta fatal línea recta sigue el autor, hasta que declara que «entre los salvajes no existe ciencia de especie alguna, y por eso son los únicos, entre los seres humanos, que viven felices. La felicidad del hombre está ligada á la ignorancia; cuanto más ignorante, es uno más feliz».

Renunciamos á seguir copiando. Creemos que hay suficiente para tener una idea de las aspiraciones de este médico de Belem. Acostumbramos á ser respetuosos con todos los que trabajan, aunque no aceptemos sus opiniones. Un publicista eminente ha dicho: «Siempre hay una parte de verdad en los grandes errores». Acabamos de leer en la reciente obra del profesor Boinet: «Cada doctrina marca una etapa, supone un progreso y encierra una partícula de verdad». Está bien. Le reconocemos al Sr. Generoso su partícula correspondiente; pero una partícula nada más. La *Nova sciencia de curar*, según nuestro criterio, no es un esfuerzo en el largo camino de la constitución de las leyes médicas. Nos parece un triste regreso, una gran caída, la vuelta á la vida del instinto primitivo, á los gustos nómadas, al estado natural del sér humano que vivía en el remoto oasis, á la sombra del bosque, acostado en la yerba, comiendo el alimento que brotaba del follaje y bebiendo el agua del arroyo que reflejaba aquella inocencia sin virtud y sin pudor, sin civilización y sin esperanza. Para el autor se ha perdido un tiempo precioso en ese viaje de la historia. El progreso médico no ha hecho más que reunir armas homicidas. La terapéutica patogénica, etiológica y estadística; las orientaciones pastorianas y los sueros de acción preventiva y curativa; radium, iones, rayos X, rayos N y tuberculina; todos los datos científicos nuevamente adquiridos, son un estorbo para la curación de las enfermedades. No hay más remedio verdadero que el agua fría, templada y caliente. El Océano es un inmenso

botiquín. Esta es la *Nova sciencia de curar*. El alma se encoge y el ánimo se apoca leyendo todo eso. Verdaderamente es un sacudimiento imprevisto este que nos ha hecho sentir el Sr. Generoso. Al terminar la lectura de los dos primeros tomos de su obra, hemos recordado aquel genio que dibujaba Klinger en forma de arcángel y que decía al ver hundirse la humanidad en la nada: *¡Y para esto se ha trabajado tantos siglos!*

DR. LÓPEZ CAMPELLO

SECCIÓN PROFESIONAL

MES ACADÉMICO

Inauguramos esta sección de la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS con el doble fin de tener al corriente á nuestros lectores del movimiento científico en España y de contribuir en la medida de nuestras fuerzas á estimular á la juventud estudiosa á proseguir en la noble tarea de cultivar la ciencia médica en sus más importantes fines: la investigación científica y la depuración clínica.

En la labor asombrosa, no tanto por lo fecunda como por lo intensa, á que viven consagrados los médicos de todos los países, como lo atestiguan la infinidad de periódicos y revistas profesionales que recogen cuanto supone un progreso en el campo de la ciencia y el arte médico, el observador atento percibe un tejer y destejer, una serie de afirmaciones y de negaciones, un vaivén de opiniones, en suma, personales y colectivas, que, más que un esfuerzo perseverante y dirigido á conseguir un fin científico, parece un loco afán de exhibiciones encaminado ostensiblemente á adquirir fama y renombre y con ellos explotar una profesión en la que el ejercicio, si ha de responder á sus elevados fines, tiene que ir sentado sobre la firme base del positivo mérito científico y de la honradez profesional más acrisolada.

Hacemos estas ligeras pero importantes declaraciones, en nuestro sentir, antes de ocuparnos de las sesiones celebradas durante el mes de Febrero en la Academia Médico-Quirúrgica, cuyos trabajos entran bajo la especial información nuestra, según lo convenido en el Consejo de Redacción de la REVISTA, para que nuestros lectores no extrañen que no hablemos ni de todas las discusiones ni de todos los oradores que en ellas tomen parte, porque nuestra misión ha de limitarse á recoger únicamente lo que tenga verdadera importancia

bajo el punto de vista de la investigación científica ó de la depuración clínica.

Bajo este punto de vista, además de interesantes casos presentados á la Academia por los Dres. Cifuentes, Salas y Vaca, Fernández Sanz, Tapia, Gayarre, Sanz Blanco y Lozano, tres asuntos dignos de fijar la atención se han discutido en la Academia Médico-Quirúrgica en las sesiones correspondientes al mes de Febrero.

El diagnóstico precoz de la tuberculosis mediante la óculo-reacción y la inoculación dérmica con la tuberculina fué planteado por el Dr. Valle, que presentó un número, si bien reducido, de casos perfectamente estudiados, inclinándose á admitir la eficacia de este medio de diagnóstico; suscitó este tema animada discusión, en la que tomaron parte el Dr. Azúa, que citó también varias experiencias suyas, no del todo conformes con las del Dr. Valle, y el Dr. Sánchez Covisa, que, de otras varias experiencias recogidas por él, deducía la inseguridad y falta de eficacia del procedimiento. Punto á investigar es éste que despierta gran interés en el mundo científico y que en España merece que fijemos en él la atención para que contribuyamos á su esclarecimiento.

Así se viene haciendo, y nosotros anticipamos á nuestros lectores que, según numerosísimas experiencias hechas por el Dr. Verdes Montenegro, del Instituto Rubio, deja mucho que llenar como medio de diagnóstico precoz el empleo de la tuberculina, bien sea bajo forma de óculo-reacción ó de inoculación intradérmica ó cuti-reacción.

El Dr. Arquelladas citó cuatro experiencias propias de curación rápida de tos ferina mediante una sola cloroformización de los niños que la padecían. Aun cuando no ha sido dicho doctor el primero en aplicar el cloroformo en la coqueluche, merece sincero aplauso tanto por haber comprobado la acción curativa del cloroformo en una enfermedad tan penosa y de larga duración como es la tos ferina, como por haber dado cuenta de sus resultados á la Academia; teniendo en cuenta lo fácil que es la aplicación del remedio y lo seguro de su acción, bien merece que, como proponía el Dr. Arquelladas, se sigan haciendo experiencias que, de ser confirmativas, producirán un bien inmenso combatiendo eficazmente una enfermedad cuyos riesgos y molestias son sobrado conocidos.

El Dr. Yagüe ha presentado á la Academia la observación de dos enfermos operados de gastro-enterostomía, que fallecieron, el uno á los tres meses y el otro á los cuatro de ser intervenidos, á causa de una tuberculosis pulmonar.

Es de advertir que si uno de estos enfermos (el primero que citó) había tenido signos comprobados de una tuberculosis pulmonar, de la cual se defendía, mejorando ostensiblemente con el tratamiento

médico de su tuberculosis y de su estrechez pilórica, el otro sólo á raíz de la operación que sufrió presentó manifestaciones tuberculosas que en tan breve lapso de tiempo dieron fin á su existencia, consagrada con brillante éxito al ejercicio de la profesión médica.

A la vez que el Dr. Yagüe se condolía amargamente de haber empleado su consejo con el fin de decidir á dichos enfermos á someterse á una intervención que entendía había de poner coto á sus sufrimientos y, por tanto, mejorar su situación, cuando las consecuencias de ello habían sido tan desastrosas, llamaba la atención á la docta Academia sobre la influencia nefasta que la gastro-enterostomía había ejercido, en un caso, despertando y agudizando una tuberculosis acallada en sus preexistentes manifestaciones, y en el otro, provocando la aparición tumultuosa de una tuberculosis aguda.

Digna y muy digna de meditación seria es la comunicación del Dr. Yagüe. No basta que la voz elocuente y acorde de distinguidos académicos como los Sres. González Campo, Arredondo, del Real, Goyanes y Alonso elevaran un himno en honor de la gastro-enterostomía, cuyos éxitos ponderaron y cuya acción perjudicial negaron teóricamente, diciéndole al Dr. Yagüe que tranquilizara su conciencia, porque al aconsejar á sus enfermos la intervención había obrado ajustado á principios científicos que todos profesaban, hasta el extremo de que, en igualdad de condiciones, todos ellos hubieran procedido de igual modo.

Pero al rectificar el Dr. Yagüe no se dió por convencido de semejantes razonamientos, porque pesaba más en su juicio la realidad triste y palpitante que de sus observaciones resaltaba, que la argumentación teórica de sus dignos é ilustrados contradictores. Porque lo cierto y positivo, y por lo tanto científico, es que uno de sus enfermos empeoró de su tuberculosis preexistente, y el otro la contrajo después de sufrir la gastro-enterostomía, y de ello se desprende la conclusión que apenaba su ánimo, de que si sus enfermos no se hubieran operado, su vida no hubiera terminado en tan breve plazo.

Parécenos obligado, después de la interesantísima disertación del Dr. Yagüe, no el discutir con más ó menos erudición, sino el investigar á conciencia las condiciones orgánicas y funcionales de todos los gastro-enterostomizados, para deducir de una científica y perseverante observación, que debe sostenerse mucho tiempo después de la operación, si para la tuberculosis existente hállase contraindicada, y si para provocar esta enfermedad ejerce una acción indiscutible la gastro-enterostomía.

Parécenos llegado el momento de reflexionar un poco acerca del éxito de muchas de las intervenciones operatorias que hoy se realizan, acaso sin más fundamento racional y científico que el resistir-

las los pacientes, aun cuando en ocasiones esta resistencia se prolongue pocas horas. Si la cirugía operatoria ha de ser una ciencia aplicada estrictamente á realizar el bien de los que necesitan de sus auxilios, es preciso que los que la cultivan no olviden nunca el problema de más interés práctico que en sí encierra, y que atañe á resolver con acierto los bienes y los males que una operación puede acarrear al enfermo: el cirujano que por carecer de conocimientos suficientes, ó persiguiendo móviles que no son del caso consignar, realiza, en vez del bien, el mal, es un sér peligroso en la sociedad, y como á este extremo se puede llegar fácilmente, en nuestro sentir, si uno se deja arrastrar por las corrientes de la moderna cirugía, interesa á todos fijar la atención en los resultados á la larga de muchas operaciones que hoy se practican y que acaso una observación atenta, razonada y científica condene abiertamente en día no lejano.

Condensaremos nuestro pensamiento consignando una anécdota.

Después de consultar una paciente, acerca de un cáncer uterino con infiltraciones en todo el parametrio, con distinguidos ginecólogos y cirujanos, que aconsejaron á la enferma un plan médico que aliviara sus molestias, halló un ginecólogo que, disintiendo del parecer de sus colegas, aconsejó una intervención que él consideraba indispensable y eficaz para obtener una curación radical. Llevada á cabo la operación, hizo telegrafiar á la familia de la enferma en estos términos: «Éxito operatorio, enferma bien».

Lo que sabemos es que sólo ocho días duró este mal llamado *éxito operatorio.*

Y, para terminar, daremos cuenta de un aparato muy ingenioso que el Dr. Goyanes presentó á la Academia para evitar el pneumotórax en las intervenciones de pleura, mediastino y corazón. Consiste este aparato en una caja de madera, de forma cúbica y de unos cuarenta centímetros de lado, que lleva una ventana grande, cerrada con cristal en tres de sus lados, con el fin de poder vigilar la cabeza del paciente, que se coloca dentro de dicha caja, y cuya cabeza penetra á través de otra ventana que lleva un manguito de goma que se adapta al cuello.

Mediante una pelota de goma como la del termo, se inyecta aire, que puede impregnarse de cloroformo al pasar por un recipiente que lo contenga. El aire sale por otro pequeño orificio que se pone en comunicación mediante un tubo con un depósito de mercurio, y la resistencia al paso del aire que opone el mercurio, mayor ó menor según el espesor de la capa de este cuerpo que atraviesa aquél, hace que la presión del aire contenido en la caja que forma el aparato aumente según las necesidades del acto operatorio. La presión se

gradúa con otro tubo acodado de cristal, que se enchufa en la tapa de la caja y que sirve de manómetro.

Como se ve, el fin que se persigue con el aparato, invención del Dr. Goyanes, es hacer que el operado respire un aire á mayor presión que la atmosférica, para que, al abrir la cavidad pleurítica, esta presión no impida la expansión del pulmón y por ende la respiración.

En perros, que son los animales en que ha ensayado su aparato, ha conseguido el Dr. Goyanes evitar el pneumotórax, manteniendo el pulmón no sólo en normal estado de expansión, sino herniado á través de la herida, á poco que aumentaba la presión del interior del aparato.

Felicitamos al Dr. Goyanes por su ingeniosa invención, pues aun cuando en el enfermo no diera los resultados apetecidos, por lo menos es una muestra elocuente de su buen deseo de contribuir eficazmente al progreso científico.

PABLO LOZANO

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

Sesión del 1.° de Febrero.

El Sr. Olmedilla lee un extenso estudio biográfico del infortunado, honra y prez que fué de la Real Academia de Medicina, doctor Ponte y Rosales.

El Sr. González Alvarez, con la claridad de juicios que le caracteriza, comentó vivamente la opinión de todos los autores que se ocupan del «Cefalhematoma», considerándole como depósito sanguíneo colocado entre el periostio y la bóveda craneal; y como comprobación de esto, procede á dar lectura á las distintas definiciones de Kirmison, Tarnier, Recasens y otros muchos, que convergen todos al punto trascendental supradicho; y para explicarse el porqué de la coincidencia, supone que los autores se copian, por la rareza del cefalhematoma, y en demostración de ello, presenta una serie de estadísticas que lo confirman, en unión de la del Sr. González, que asciende á 14 casos durante veintitrés años, y, sobre todo, porque las autopsias hechas son extremadamente infrecuentes, alcanzando la estadística de él á 5, y de las cuales presenta los cráneos respectivos con la lámina externa del parietal, porción superior izquierda y otros bilateral, destruída; por lo que deduce que el foco parte de la lámina diploica, y que, por tanto, se debe considerar el cefalhematoma como un derrame de sangre procedente del diploe y colocado entre éste y el periostio.

El Sr. Mariani lee una comunicación á la Academia sobre un esterilizador de aire. Contesta el Sr. Sañudo, recordando que hace veinte años se trató, por un profesor de San Carlos, de esterilizar el aire, provocando la hilaridad de los compañeros, como lo hizo la comunicación del Sr. Mariani entre algunos académicos.

Sesión del 8 de Febrero.

El Sr. Recasens pide aplazamiento de la discusión del tema de la sesión anterior, por hallarse ausente el Sr. González, y así se acuerda.

El Sr. Rivera, después de serle concedida la palabra para tratar de la «intervención quirúrgica de la apendicitis», dice que hay hechos demostrables de que no se ha dicho la última palabra sobre la cuestión objeto del debate, y que lo prueba la no uniformidad de parecer sobre el momento en que se debe intervenir, á juzgar por las estadísticas publicadas en el extranjero, y no las de España porque no se hacen, excepto la del eximio y querido maestro nuestro Dr. Cervera, cuya ausencia de la Academia lamenta el orador, por creer sumamente pertinente del caso su ilustración, y otra del Sr. Rivera. Seguidamente comunica que hay dos puntos resueltos:

1.° Que la «apendicitis» operada en frío tiene una mortalidad pequeña, sin llegar á ser, por tanto, inocua, según lo demuestran casos de muerte operados por él y que están en conformidad con estadísticas extranjeras.

2.° Que dentro de las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas siguientes al comienzo de la apendicitis la intervención es más favorable; y de ahí que haya médicos decididos por la operación precoz, por temor á un desenlace funesto de una escolicoiditis benigna.

Luego relata un caso, para cuya asistencia fué avisado por un discípulo suyo, médico militar, pues se trataba de una sobrina suya, y á quien habían visto varios compañeros ilustres, de los que algunos opinaban que se la abandonara, porque había que inyectarle á cada momento aceite alcanforado; y que en vista de ello era reclamada su opinión, que consistió en el análisis de sangre, no hecho todavía, y que arrojó un coeficiente leucocitario de 27.000, y por lo que se operó, á pesar del pulso pequeño (92 pulsaciones), de la poca fiebre y de los fenómenos de obstrucción intestinal; encontrando 80 ó 90 gramos de pus. Después de esto, lamenta que no se hagan análisis sanguíneos más frecuentemente, y en comprobación cita otro caso de hace dos cursos, de una señora de sesenta años, diabética ó no, que juzgó no intervenible en el primer momento, ordenando

se hiciera estudio leucocitario al día siguiente, el que demostró la existencia de 17.000 leucocitos sin eosinófilos, decidiéndose por la intervención en vista de ello y de los nuevos análisis, en la que continuó ascendiendo hasta 19.200: la familia se opuso, falleciendo la enferma á los cinco días.

Por último, se ocupa el Sr. Rivera de la cuestión palpitante: de qué casos se deben operar, y para lo cual establece grupos:

1.° Apendicitis supurativa, como el caso de sor Juana, operada, á pesar de su edad, con la aquiescencia de maestro ilustre, como es el Sr. San Martín, y para cuyo diagnóstico nos auxilia tanto el análisis de sangre, siempre que se haga bien y se interprete la eosinofilia en debida forma para el pronóstico, de importancia suma aquí, pero no en los quistes hidatídicos; y en confirmación recuerda una novia de un médico militar, que presentó eosinofilia siempre y curó, á pesar de no haberse intervenido y de haberse apreciado síntomas de supuración; en cambio, para demostrar que la expectación es condenable cuando hay leucocitosis y no eosinofilia, expone un caso diagnosticado de tuberculosis peritoneal por dignísimos compañeros, y que al abrir hallaron un abundante derrame de pus por perforación apendicular.

2.° Hay casos que están por encima del diagnóstico; ejemplo: la apendicitis hipertóxica, y nos anuncia un caso, que explana.

3.° Existen complicaciones que obligan á renunciar á la intervención; ejemplo: la peritonitis generalizada, en la que confiesa, con la honradez que le caracteriza, no tuvo ninguna curación; sin embargo, reconoce que la curación está en orden inverso de la vejez de la peritonitis, y atribuye lo funesto de sus intervenciones á que operó siempre tarde, excepción hecha de un niño que llevaba veinticuatro horas de vómitos, hipo, fiebre alta, pulso rapidísimo, á quien operó seguidamente, encontrando el peritoneo poco afecto y el apéndice con exudado sanguíneo, hemorragia que le impresionó desagradablemente; murió á las pocas horas. Además, hace mención de un caso especial: de un individuo que á los veinte años tuvo una apendicitis, y á los cuarenta y ocho notó fenómenos apendiculares un sábado; el lunes se le presentó un fuerte escalofrío, seguido de 41°, que duró poco tiempo, pues á las pocas horas estaba apirético; el martes otro acceso igual; el miércoles repite en la misma forma; el jueves nuevo acceso con vivo dolor y empastamiento ilíaco; diagnóstico: piohemia; intervención rápida, que confirmó el diagnóstico en parte, pues no había pus, pero sí gangrena intestinal y serosidad fétida.

Termina admitiendo que en la forma adhesiva, siempre que no desaparezca del todo la fiebre y haya ataques de obstrucción, debe

operarse; y en apoyo del aserto cita una enferma que tuvo una apendicitis después del parto, con adherencias entre el ciego y los anejos y la vejiga, y con fiebre de larga duración. Además, recuerda una monja con varios ataques y fenómenos de obstrucción, en la que había inversión del ciego, y el apéndice inserto al íleon, y curó por la intervención.

Con motivo de hallarse presente el Sr. González, continúa la discusión del cefalhematoma, en la que interviene el Sr. Recasens, que comienza diciendo que el motivo que le obliga á mediar en la discusión es el considerarse aludido directamente, por creer el señor González que hay un error en la patogenia que desarrolla en su «Cirugía de la infancia». Advierte que, efectivamente, en el niño está adherido íntimamente el periostio á la bóveda, y que en un principio todo se reduce á la membrana conjuntiva de la que parten el periostio, cráneo y duramadre; además, que el periostio tiene dos capas y que á expensas de la interna se forma el borde óseo después de cierto tiempo, y no al principio, como supone el Sr. González; y que los autores, al decir que la lámina externa está íntegra, se refieren al aspecto macroscópico. Seguidamente menciona la teoría de Broca, de que el parietal se forma por un punto de osificación que se irradia en todas direcciones, siendo más tardío el desarrollo de la lámina externa que la interna, y que quedan vasos al descubierto que se pueden romper. Finalmente, que en los niños falta el díploe y los vasos son tan pequeños que es imposible que la sangre no busque salida por las fontanelas, de ser cierta la teoría del Sr. González.

El Sr. Olóriz, con la modestia común á todos los sabios, dice que carece de autoridad para compartir en la contienda suscitada; pero como ha sido invitado por el Sr. González y como conviene aclarar un punto de Anatomía, de ahí el porqué de su intervención.

Es evidente, dice, que en dos cráneos de niños, uno de ellos procedente de la Inclusa, quise inyectar una sustancia, y deseando enterarme de la dureza de la lámina externa, clavé un alfiler, quedando en tal forma que costó gran trabajo quitarle, y dudé de la eficacia de la inyección, duda que se comprobó en un cráneo; en cambio en el otro se notó, al denudarlo al día siguiente, una superficie como una peseta donde está depositada una pequeña cantidad de sangre y que correspondía á la puntura del alfiler y que era intraperióstica, atribuyéndolo á rotura de fibras óseas. Una vez denudado el hueso, intentó nuevamente la inyección con agua, y lo único que consiguió fué que se insinuara por debajo del periostio. En vista de esto, cree que cabe el despegamiento del periostio por la sangre. Afirma que la adherencia del periostio al cráneo en el

niño es porque el límite está en la capa de osteoblastos, donde dominan los elementos celulares, y que es la encargada de nutrir y desarrollar el hueso, y como es gruesa y blanda, de ahí que sea más fácil el despegamiento, y además es muy vascular por ser tejido de formación y porque hay igual número de conductos de Havers que en el adulto, que la hace adhesiva en mayor grado; ahora bien, estos vasos es fácil que en el viejo se esclerosen, como ocurre en la duramadre, y de ahí la adherencia y la falta de la reconstitución ósea.

Sesión del 15 de Febrero.

El Sr. Secretario lee un informe sanitario demográfico de la Isla de Cuba, en el que se demuestra la falta de veracidad de la versión que ha circulado sobre la desaparición de la fiebre amarilla de dicha Isla.

Nuestro ilustre y queridísimo director presentó una proyección muy clara de la circulación placentaria por medio del procedimiento del Dr. Carmelo Gil, publicado en la REVISTA.

El Sr. Espina añade que él inyectó ya las coronarias y el arco palmar, pero no con mercurio.

El Sr. González Álvarez contesta á los Sres. Recasens y Olóriz que ha quedado sumamente satisfecho por su intervención, y recuerda lo que en Mayo de 1905 sostuvo en la sesión primera. Asegura que el Sr. Olóriz está equivocado sobre la adherencia de la duramadre, puesto que los únicos tractus que la fijan al cráneo son los que parten de los corpúsculos de Pachioni, se refiere al adulto; pero que en el niño, en toda su extensión, y que lo mismo ocurre con el periostio, y en prueba de su aserto, presenta dos cráneos procedentes de dos niños, uno de doce días y otro de veinte, es decir, recién nacidos, según los autores; en el primero de los que hizo las pruebas del eximio Sr. Olóriz, que salieron frustradas en sus manos; y en el segundo levantó el periostio á punta de bisturí para levantar dos colgajos, de los que se puede hacer tracción para que nos convenzamos de su aseveración. Por último, nos enseña un parietal cortado con tijeras para que se vea el díploe del recién nacido bien claro.

El Dr. San Martín dice que, como ha oído dos opiniones enteramente opuestas, cree él oportuno emitir la suya de avenencia, para lo que cita un caso operado por él y que, en principio, creyó se trataba de «fungus de la duramadre», y en el que estaba destruída la lámina externa y vaciado el diploe, á pesar de no haber antecedente de contusión, y que explicaba lo primero por suponer se había degenerado el hueso por la presión de la sangre sobre el mis-

mo, puesto que se desarrollaba una fuerza viva, como ocurre en algunas hemorragias dentarias casi imposibles de cohibir, exponiendo á continuación magistralmente la teoría de la fuerza viva, sirviéndole de comparación la dinamita. Además recuerda que ocurren casos inexplicables en los huesos, como ocurre en la espina ventosa, y que el aneurisma, á pesar de ser un saco blando, destroza el esqueleto.

El Dr. Olóriz afirma no estar influenciado por la pasión, y que las pruebas hechas por él son veraces, y que no se explica la discrepancia del Sr. González, por haber visto correr el agua; interrumpe el Sr. González sobre si estaría degenerado el periostio.

Acaba sincerándose de su honradez y de la de los compañeros, de que no dudamos nadie, y que en el caso del Sr. San Martín no pudo romperse primero el diploe, porque dos láminas paralelas y resistentes dejan siempre correr el líquido entre ellas.

Sesión del 22 de Febrero.

El Sr. Decref relata en un extenso trabajo una serie de curaciones de luxación doble y simple, congénita, de la cadera, por el procedimiento de Lorenz.

El Sr. Cortejarena lee parte de su discurso-apología del centenario de D. José Severo López.

El Dr. Recasens comunica:

1.° Que en un cráneo de feto hizo la experiencia del Dr. Olóriz, sin resultado, por lo que separó con el bisturí dos colgajos en el periostio y depositó entre ellos mercurio, que se insinuó por todo el cráneo fácilmente, metal que sustituyó por gelatina, que adhirió fuertemente el periostio.

2.° Que el diploe existe muy exiguamente, habiendo puntos sin él, y en comprobación presenta una proyección de un corte de parietal.

3.° Que no comprende cómo puede levantarse la lámina externa del parietal en el cefalhematoma y no en el periostio.

4.° Que no ha visto el reborde óseo al principio, siendo, por el contrario, blando y difícil de diferenciar de la bolsa sanguínea.

5.° Que el reborde es lo último que desaparece, como ocurre en una niña asistida por él, en la que desapareció la sangre, pero no el reborde, que se manifestó hace dos meses.

El Dr. González Alvarez contesta que la «prueba Recasens» no tiene valor por imperar en la formación del cefalhematoma una disposición anatómica especial y porque no existe nunca en el feto, pues los dos casos que se citan son raros, y que respecto á la época de formación del rodete le basta haber visto hace pocos días un niño

en la Inclusa con un cefalhematoma de siete días, y en el que se nota la ausencia de los islotes óseos. (No existirá lámina externa, interrumpe el Dr. Recasens.) Interrupción que el Sr. González interpreta en su favor, y se felicita por considerarle partidario suyo.

Por último, dice que efectivamente hay puntos sin diploe y en los que están los límites del cefalhematoma.

Sesión del 29 de Febrero.

El Sr. Mariani, con honradez digna de encomio, confiesa que, á pesar de ser preconizador del fosfato de creosota en la tuberculosis, no obtuvo curaciones con él, y que antes de ahora tuvo noticias por el Sr. Sañudo y otros compañeros de presentarse paraplegias con el empleo del citado medicamento. Cita por último el caso de una hermana de la caridad con una tuberculosis subsiguiente á una broncopneumonía gripal, que fué atacada, á los dos meses de tratamiento fosfato-creosotado, de paraplegia inferior refractaria á todo tratamiento. Posteriormente se ocupa de la etiología de la paraplegia, y cree sea debida á neuritis fosfórica y no caquéctica, por no presentarse neuritis en la caquexia tuberculosa.

El Sr. Sañudo afirma haber visto 14 ó 16 casos de neuritis, que relata minuciosamente, pero que á pesar de ello está entusiasmado con el empleo de cuatro ó cinco gramos diarios en enemas ó en inyecciones de aceite esterilizado del fosfato de creosota. Recuerda que en el 99 Tisón cita casos de neuritis por la creosota y sus polietéres, al mismo tiempo que señalaba dosis de un gramo por kilogramo de hombre.

Seguidamente explica la patogenia de las neuritis, haciendo un símil feliz entre la creosota y la digital, con motivo de ser la composición de aquélla muy variable por sus monofenoles y difenoles, y de tener una eliminación tardía, y con ella trastornos renales por acumulación é intoxicación, por consiguiente.

El Sr. Cortejarena da lectura á su interrumpido discurso, que tampoco termina por la hora avanzada.

El Sr. González Álvarez presenta proyecciones de las preparaciones microscópicas hechas por el Sr. Cajal con los cráneos que le envió el exponente, en las que se demuestra plenamente que en un punto están unidas las láminas externas é internas del parietal, y que, á partir de él, la lámina externa se halla excavada por una serie de lagunas, que van aumentando hasta llegar al cefalhematoma. «Lo mismo ocurre con el diploe; pero una vez que ha alcanzado el cefalhematoma, desaparece la lámina externa y diploe; habiendo, sin embargo, figura que presenta restos óseos, y que son las placas que se notan á la palpación *in vivo*.»

El Sr. Codina dice que con motivo de haber sido aludido por el Sr. Rivera, interviene en el debate planteado por este señor. Hace observar que la señorita á que aludía el Sr. Rivera era una joven de veintiún años (la acción se desarrolla en el 901), para la que reclamaron sus auxilios á las dos de la madrugada, y que á pesar de haber disfrutado de salud completa al parecer, presentaba en el momento de la observación vientre dolorido, excitación nerviosa grande, de 38°,5 á 39°, dolor en la fosa ilíaca derecha y en el punto de Macburney y timpanismo en la misma, defensa grande é hiperestesia. Al día siguiente, y subyugado entonces por la lectura de las obras de apendicitis de Dieulafoy, las que no cree sean leyendas, solicitó el Sr. Codina la opinión de un cirujano, por lo que avisaron al Sr. Rivera, que ordenó la expectación al principio; pero al cuarto día, en vista de la gravedad de la enferma, estaba decidido á la intervención; sin embargo, seguidamente se notó remisión paulatina sintomática, hasta el extremo de salir la enferma á la calle al mes, y no á los ocho días, como aseguró el Sr. Rivera. Respecto al momento de operar, era de opinión que, puesto que no hay prueba ninguna de la gravedad del caso y de que el apéndice es un órgano poco importante, según la opinión de casi todos; como lo prueba la normalidad de algunos individuos que carecían de él ó lo tenían muy rudimentario, y que en las conejas embarazadas no sufren detrimento, lo mismo que sus hijos, después de la extirpación; debía operarse al principio; sin embargo, la modificó, porque ha visto muchos casos de curación espontánea de apendicitis, y gracias en parte al Sr. Rivera. Manifiesta que la operación precoz trae como secuela intervenciones en procesos no apendiculares, como lo demuestra un caso, del que hizo brillantes preparaciones nuestro querido compañero del Instituto, Sr. Semprún. En vista de lo que antecede, el Sr. Codina dice que muy bien se podría optar por la operación tardía, pero que esto puede traer graves consecuencias. (Como le pareciera observar ojos de extrañeza en el Sr. San Martín, lo anuncia; pero este ilustre catedrático contesta que son de complacencia.) Como prueba de que existen fracasos, secuelas de intervenciones retardadas, recuerda las apendicitis gangrenosas y perforantes no manifiestas claramente, las que le dan la razón á Dieulafoy cuando asegura que nadie debe morir de apendicitis. Seguidamente relata el segundo caso del Sr. Rivera, que murió á los cinco días, y del que se libró por fortuna de que no le cargaran el muerto. Se trataba de una enferma de sesenta años, diabética desconocida; de importancia, por tanto, aunque no se la diera el Sr. Rivera; con pocos leucocitos al principio. (El Sr. Rivera: 20.000. S. S. no dijo eso al principio. 20.000 dije. Insiste el Sr. Rivera. Bien, yo creí que eran 6.000, 8.000,

14.000, y así sucesivamente, hasta 20.000.) A los tres días el enfermo se agrava, y el Sr. Rivera quiere operar; el orador se opone, y el enfermo dilucida la cuestión, falleciendo.

José B. Gallego

NOTICIAS

Copiamos de un diario de la noche el siguiente suelto, que dice cosas y verdades muy puestas en razón:

«Existe en Madrid un Cuerpo médico que, escaso en número, humilde en apariencia y descuidado en organización, realiza una labor laudable y meritoria, digna de ser encomiada. Nos referimos al Cuerpo de tocólogos de la Benificencia municipal, formado después de rigurosas oposiciones, y donde figuran verdaderas eminencias de la ciencia obstétrica y positivas esperanzas de seguro porvenir. Hechos cantan. Sabemos de una brillante intervención realizada hace pocos días por uno de los individuos de aquel Cuerpo, por el doctor Martínez Cerecedo, y al darlo á conocer sabemos que positivamente arrostramos su enojo; pero lo hacemos, no para encumbrar al conocido especialista, que no necesita de nuestros elogios, sino para significar lo que un tocólogo de la Beneficencia municipal puede hacer y la necesidad y conveniencia de que termine de organizarse un Cuerpo en feliz hora creado.

»Se trata de un embarazo gemelar diagnosticado en el sexto mes de la gestación, con albuminuria, que obligó á la implantación del régimen lácteo, y habiendo llegado á término, y consiguiendo por el forceps y la versión salvar las tres vidas.

»El hecho, pues, no sólo demuestra una ciencia diagnóstica y pericia operatoria, sino la verdad de la descuidada costumbre de que las mujeres se sometan al reconocimiento facultativo en las distintas etapas de su gestación.»

Se ha concedido la nacionalidad española al reputado Dr. D. Felipe Hauser, quien, aunque de origen austriaco, podía considerarse como español por los muchos años que lleva ejerciendo en nuestro país y por los importantísimos trabajos que acerca del mismo ha publicado; entre otros, los *Estudios epidermológicos sobre el cólera en España*, que obtuvo en 1888 el premio Breant en la Academia de Ciencias de París; los *Estudios médicos topográficos de Sevilla*, y especialmente su última y notable obra, *Madrid desde el punto de vista social*.

Nuestro querido compañero el reputado paidópata D. Jesús Sarabia y Pardo ha sido nombrado miembro correspondsal de la Academia Nacional de Medicina de Río Janeiro. La nueva y señalada distincion de que ha sido objeto el Dr. Sarabia por parte de la Sociedad médica más importante del Brasil es una prueba fehaciente de sus grandes méritos. Sinceramente felicitamos al Dr. Sarabia por la alta prueba de estimación de que ha sido objeto.

El premio Nobel ha sido otorgado este año al reputado clínico francés Dr. Laveran, muy conocido en el mundo científico por sus muchos y valiosos trabajos sobre el hematazoario que lleva su nombre. El de Ciencias se le ha concedido á Crookes por un descubrimiento de física y química y por la variante de los tubos de Geissler-ampollas de Crookes.

Para el Congreso internacional que en breve comenzará en Londres para estudiar los medios de combatir la enfermedad del sueño, el Gobierno español ha designado como representantes suyos al doctor Murillo y al primer secretario de la Embajada de España en Londres, marqués de Villalobar.

Nuestro distinguido compañero el Dr. Verdes Montenegro ha sido nombrado, á petición del presidente del Patronato de los dispensarios de París, *Oficier d'Académie*. Damos nuestra enhorabuena al Sr. Verdes Montenegro.

La Comisión del Congreso internacional de la Tuberculosis y de la Asociación Nacional de los Estados Unidos ha acordado dar una serie de conferencias en Washington del 21 de Septiembre al 12 de Octubre.

Entre las notabilidades médicas designadas figura el ilustre catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona, doctor D. Andrés Martínez Vargas.

Nuestro sabio director, el eminente tocólogo Dr. D. Eugenio Gutiérrez, conde de San Diego, ha sido nombrado médico de la Real cámara; nombramiento muy bien recibido por el público en general, y especialmente por la clase médica, que estiman en cuanto valen sus altas dotes de ciencia y sus condiciones personales.

El décimo Congreso francés de Medicina se celebrará en Ginebra del 3 al 5 de Septiembre de 1908. Las cuestiones que figurarán en la orden del día son las siguientes: *Las formas clínicas de la ar-*

terio esclerosis. La patogenia de los estados neurasténicos. El tratamiento de la litiasis biliar.

El vigésimoquinto Congreso alemán de Medicina interna se celebrará en Viena en los días 6 á 9 de Abril de 1908. Tema que figurará en la orden del día: *Los órganos genitales de la mujer y las enfermedades internas.*

En la sesión del 21 de Febrero último, el señor obispo de Jaca pidió en el Senado al Gobierno que las familias de los médicos fallecidos á consecuencia de enfermedad contraída asistiendo á epidémicos disfruten de una pensión.

La Sociedad Española de Higiene anuncia el siguiente concurso:

Premio Fernández Caro (500 pesetas): «Estudio demográfico y estadístico de la lepra en España; sus causas; contagiosidad (?); medios de combatirla y desterrarla.»

Premio del Sr. Marqués del Vadillo (1.000 pesetas): «La higiene y las costumbres: su recíproca influencia.»

Premio del Sr. Conde de Ramanones (1.000 pesetas): «La vida del obrero en España desde el punto de vista higiénico.»

Premio del Sr. La Cierva (1.000 pesetas): «El problema de la mendicidad en los grandes centros de población; medios prácticos de resolverlo.»

Premios Roel (premio, 500 pesetas; accésit, 250 pesetas):

«1.° Higiene de la educación física y moral en los asilos de la infancia.»

«2.° La sífilis en la descendencia. Higiene de los heredo-sifilíticos.»

Los trabajos se remitirán al Sr. Secretario de la Sociedad, Sr. Belmás, Puerta del Sol, 9, hasta el 30 de Septiembre próximo.

La Sociedad Ginecológica Española, en sesión del día 5 de Febrero último, ha acordado, por unanimidad, aprobar la proposición del Dr. Gutiérrez de dirigir una invitación á todos los especialistas de Ginecología, Obstetricia y Pediatría, para la creación de una sociedad titulada Sociedad Española de Ginecología, que celebrará un Congreso nacional por lo menos una vez al año, quedando nombrada una Comisión formada por los Dres. Gutiérrez, Cospedal y Robert, encargada de redactar los Estatutos.

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

NOTAS CLÍNICAS

CÁLCULO URETRO-VESICAL EN UNA MUJER

Extracción por colpo - uretrotomía.
Muerte á los treinta y dos días por uremia.—Autopsia: grandes lesiones ascendentes del aparato urinario.

CONFERENCIA DADA EN EL INSTITUTO RUBIO EL JUEVES 12 DE MARZO DE 1908

POR EL DR. CARLOS NEGRETE
Del Instituto Rubio.

Señores: Al dirigirles la palabra, embargan mi ánimo dos sentimientos encontrados: el primero de tristeza, por tratarse de un caso en el que, á pesar de mis esfuerzos y buena voluntad, pudo más la fatalidad, arrebatando á la pobre enferma al cariño de los suyos y dejando en mi mente el desconsuelo consiguiente al fracaso; el segundo de satisfacción, por dos motivos: uno, verme honrado con la presencia de ustedes; otro, porque mi peroración, más que pretender enseñar, servirá para que otras personalidades aquí presentes, de más años y, por consiguiente, de más práctica, veteranas en el ejercicio profesional, familiarizadas con los éxitos, adversidades y sorpresas de la cirugía, deduzcan consecuencias y conclusiones que á todos nos enseñen.

Procuraré ser breve; y aunque todos ó casi todos ustedes conocen y han seguido el caso durante el tiempo que ha permanecido en el Instituto, bueno es empezar por el principio.

I. C., de veintiocho años de edad, casada, natural de un pueblo cercano á Madrid, se presentó en mi casa, á últimos de Enero, con una carta del médico de la localidad, antiguo compañero mío, en la que me decía que, requerido por la enferma para buscar alivio á sus trastornos urinarios é intentando sondarla, notaba un cuerpo extraño en la uretra: con el fin de seguir el tratamiento oportuno, le aconsejamos su ingreso en el Instituto Rubio.

Diósela entrada el día 31 de Enero, recogiendo los siguientes datos: padre y madre viven en buena salud; cuatro hermanos que tiene gozan de igual beneficio; ella es de temperamento linfático-nervioso, regular constitución, delgada de cuerpo, mirada viva;

anda un poco inclinada hacia adelante, con pasos cortos; respecto á enfermedades anteriores no da antecedentes precisos; ha tenido tres partos, el último hace nueve ó diez meses, y cuyo puerperio, aunque las explicaciones son vagas, parece fué complicado con un proceso febril no muy intenso (¿infección puerperal?); á partir de entonces, refiere sus primeras molestias de aparato urinario, representadas por orina turbia, sanguinolenta, y dolores al final de las frecuentes micciones; algún tiempo después se convirtió en incontinencia la micción frecuente.

Abierta la vulva, aparece el orificio uretral sin otra manifestación patológica que un poco tumefacto y congestionado; casi constantemente deja escapar orina turbia y ligeramente teñida de sangre; explorada con una sonda de bola, no puede penetrar más de 1,5 á 2 centímetros, tropezando con un cuerpo cuya dureza y rugosidad eran características de cálculo. Dilato un poco el meato, introduzco unas pinzas é intento movilizarlo sin resultado; por la vagina hace bastante relieve, y el tacto por dicho conducto denota, por detrás y debajo del cuello de la vejiga, un cuerpo duro, no tan grande como el engastado en la uretra, pero formando un todo continuo con él; los caracteres del cuerpo extraño, su falta de movilidad y las sensaciones recogidas en las distintas exploraciones eran datos bastantes para diagnosticar un cálculo uretro-vesical en forma de calabaza de peregrino ó de reloj de arena.

La palpación bimanual (algo difícil por defensa muscular) de los riñones sólo indicó ligero aumento de volumen de ambos, sin que la enferma acusase dolor al exagerar la presión; reflejos reno-vesicales y urétero-vesicales negativos.

Pensando que bajo anestesia clorofórmica pudiésemos extraerlo por las vías naturales, se la trasladó al dispensario, se anestesió hasta resolución completa, hice con bisturí dos desbridamientos laterales en el meato, introduje una pinza, y nos convencimos de lo inútil de nuestros propósitos: el cálculo no podía extraerse.

Unos días más tarde, el 7 de Febrero, á las diez de la mañana, en la sala de operaciones, y previa anestesia y desinfección, introduje una valva en la vagina, sosteniendo y tirando hacia abajo un ayudante; con unas pinzas de dientes atirante hacia arriba la pared superior del citado conducto, con objeto de exteriorizar y poner á la vista el punto donde hacía más relieve el cálculo; con el bisturí tracé una incisión en dicha pared de 4,5 á 5 centímetros de extensión y paralela al eje de la uretra; se incindió ésta, y con unas pinzas extraje el cálculo que tienen ustedes á la vista (figs. 1.ª y 2.ª, págs. 243 y 244).

Se terminó la operación colocando en la vejiga una sonda per-

manente autofijadora (de las llamadas de Malecot); resección longitudinal de dos pequeños colgajos de uretra y vagina para remediar en lo posible el uretro-colpocele que el cálculo había producido; sutura continua, con catgut, de la uretra, y entrecortada de la vagina con seda; taponamiento, con gasa iodofórmica, de la cavidad vaginal.

A diario curaba á la enferma, irrigando con lisol la vagina, dejándola después rellena de gasa iodofórmica y haciendo abundantes

FIG. 1.ª—Cálculo perteneciente á la enferma I. C. (Tamaño natural.)

lavados vesicales con disolución de nitrato de plata al 1 por 1.000. A los diez días de operada, y sin que la enferma notase en ese tiempo nada anormal (por estos días se alimentaba con leche, algunos huevos y un poco de merluza), observé que habían saltado algunos puntos de la sutura, por entre los cuales fluía alguna cantidad de orina á pesar de tener sonda permanente; y esto es explicable: todo el tiempo que el cuello vesical estuvo sufriendo la dilatación lenta y continuada del cálculo, significó pérdida de tonicidad de las fibras musculares del esfínter, determinando incontinencia.

Era natural, señores, que pensase en remediar el accidente; y el 21 de Febrero, nuevamente en la sala de operaciones, anestesiada y tomando las mismas precauciones que en la primera intervención, refresqué los bordes de la herida, tallando dos colgajos, que fueron afrontados por su superficie cruenta por medio de sutura metálica; se continuó curándola á diario, y la dispuse dieta láctea con agua de Mondariz, dos gramos de urotropina repartidos en las veinticua-

FIG. 2.ª—Sección longitudinal del cálculo.

tro horas, en vista de que la orina continuaba turbia, á pesar de los repetidos lavados vesicales. Dos ó tres días más tarde se la permitió tomar un poco de merluza y uno ó dos huevos.

Todo marchaba bien, al parecer, cuando el 26 de Febrero, y habiéndose quejado de algún escalofrío y sed, se tomó la temperatura, alcanzando por la mañana 38°,5: pensando, á falta de otros síntomas, en la posibilidad de infección gastro-intestinal por alguna transgresión de régimen, advertí á las enfermeras la necesidad de que no tomase más que leche y la pusiesen dos grandes irrigaciones intestinales al día. A todo esto, la cantidad de orina, normal, aunque turbia.

Volví por la tarde, encontrándola próximamente en el mismo estado; al día siguiente se presentaron algunos vómitos, al mismo tiempo que la temperatura descendía bruscamente, la facies de la enferma tomaba una expresión característica de intoxicación grave, y el pulso se hacía depresible y poco menos que incontable. Este cuadro anómalo y de verdadero peligro hizo que variase mi primera impresión respecto á las causas: indudablemente se trataba de intoxicación urémica, juicio que todos ustedes confirmaron cuando en jueves pasados, al hacer visita general, les informaba á la cabecera de la cama del curso de la enferma.

Para contrarrestar en lo posible esta situación, se la dispuso: contra los vómitos, una mixtura de cloroformo, mentol, alcohol y esencia aromática (para tomar á gotas en un poco de agua fría); al cesar éstos, un purgante; cuatro grandes inyecciones de suero repartidas en las veinticuatro horas, inyecciones de cafeína (según el estado del corazón), leche con café, bebidas en la cantidad que deseara la paciente, y carbón naftolado contra las fermentaciones intestinales.

Así ha continuado, con alternativas de mejoría y empeoramiento (hay que consignar el hecho que durante dos días tuvo fenómenos cerebrales caracterizados por excitación y subdelirio locuaz), mejoría que algunos días hizo concebir esperanzas, hasta el lunes último (9 de Marzo), en que al poco rato de terminar la cura diaria (presenciada esta última por el Dr. Gutiérrez), falleció la enferma, cuyo proceso patológico es curioso por más de un concepto.

La importancia del caso, y el cariñoso requerimiento de nuestro director invitándome á practicar la autopsia y dar cuenta á ustedes en forma de conferencia ó nota clínica, fueron motivos más que suficientes para personarme en el Instituto el martes 10, á las seis de la mañana (hora elegida para evitar inconvenientes de otro orden). Nuestro distinguido compañero y amigo Dr. Cubo, ayudado por mí, practicó la autopsia con la habilidad en él característica, y que nunca podré encomiar bastante: justo es consignarlo, á trueque de que se ofenda su exagerada modestia.

Extraído el aparato urinario, y llevado al laboratorio, lo primero que llama la atención es la magnitud de los riñones, más del doble del tamaño normal; el derecho liso, coloración casi normal, con una mancha equimótica en la parte inferior de la cara anterior, pelvis dilatada; el izquierdo, de coloración más oscura que su congénere y sembrada su superficie de puntos ó granos amarillentos, pelvis dilatada; uréteres muy engrosados, desiguales y dilatados; orificios de desembocadura en la vejiga grandes y simétricamente colocados; vejiga de escasa capacidad, mucosa delgada, capa muscular escle-

rosada, dura y crujiendo al bisturí; uretra normal, y, como pueden ustedes observar en la pieza patológica, la herida operatoria está completamente cicatrizada (fig. 3.ª).

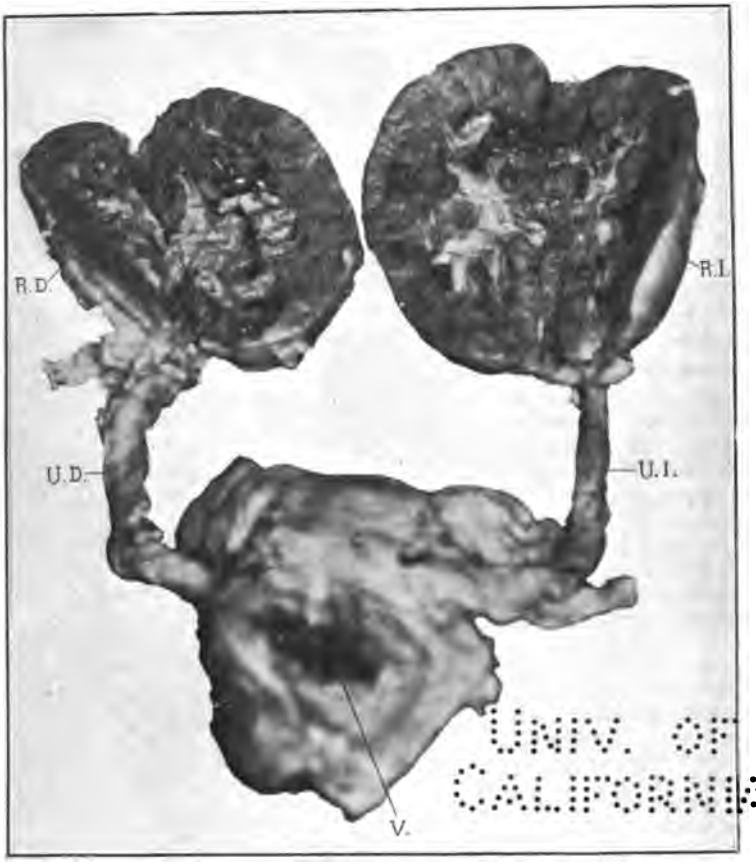
Abierto longitudinalmente el riñón derecho, salieron próximamente 180 á 200 gramos de pus amarillo verdoso y fétido; el izquierdo dió salida á un líquido puriforme, oscuro y sanguinolento, en cantidad de 50 á 60 gramos.

La simple inspección del aparato urinario demuestra varias cosas: primera, que esta enferma era portadora de lesiones que irremisiblemente acabarían con ella; segunda, contraste entre tan graves lesiones y falta de síntomas; tercera, que estas lesiones, por su extensión y bilateralidad, son de fecha relativamente antigua al parecer: no se concibe que en el mes y medio que ha estado la enferma en el Instituto, ni aun en los ocho ó diez meses á que se remontan, según ella, sus primeros síntomas, hayan evolucionado destruyendo en tan alto grado la glándula (igual decimos respecto al cálculo: por su tamaño, tampoco es de fecha reciente); cuarta, que, á mi juicio, pueden admitirse dos hipótesis para explicar esas lesiones; y quinta, que, por la situación del cálculo, han sido imposibles la separación de orinas y el cateterismo ureteral. Claro es que se nos dirá que pudiéramos haber recurrido al análisis global de la orina de veinticuatro horas, á las eliminaciones provocadas ó á la poliuria experimental: la incontinencia que tenía la enferma imposibilitaba hacer bien el recogido de orina, y los dos últimos métodos aislados no tienen valor absoluto; y sobre todo, señores, aun contando con la posibilidad de examen de la función renal, la indicación era intervenir: quitar el cálculo equivalía á suprimir sufrimientos y restar en cierta medida nuevas causas de infección.

Todo este conjunto de cosas, todo este nexo patológico, es más elocuente que cuanto yo pudiera decirles; pero es preciso, haciendo honor á quienes me escuchan, exponer mis opiniones y el juicio que he formado al correr de los acontecimientos.

Primera hipótesis: último parto de la enferma, fiebre, cistitis, formación del cálculo, infección ascendente bilateral, ureteritis, pielitis y pielo-nefritis doble, insuficiencia eliminadora del riñón y muerte por uremia é infección.

Segunda hipótesis: embarazo, compresión ureteral (lado derecho) por el útero grávido, retención renal aséptica (hidronefrosis), parto é infección puerperal, infección por vía sanguínea (descendente), pielo-nefritis unilateral, infección descendente de vejiga por intermedio de uréter, formación del cálculo, infección ascendente del otro riñón (en probable hipertrofia compensadora), pielo-nefritis doble, insuficiencia renal y muerte.



UNIV. OF CALIFORNIA

APARATO URINARIO DE LA ENFERMA I. C.

R.D.: riñón derecho. U.D.: uréter derecho.
R.I.: riñón izquierdo. U.I.: uréter izquierdo.
V.: vejiga.
Los riñones están abiertos longitudinalmente.
Vejiga abierta por su cara anterior.

UNIV. OF
CALIFORNIA

La primera parece la más razonable, no sólo porque explica perfectamente las lesiones, sino porque el obstáculo al libre curso de la orina con su secuela de retenciones, fermentaciones é infección basta á provocar la muerte, y prueba de ello tenemos en las lesiones ascendentes de los prostáticos por obstáculo mecánico. (En el museo del Instituto existe una pieza patológica, constituída por el aparato urinario de un enfermo con idénticas lesiones al de esta enferma, y ocasionadas por la presencia de un papiloma del tamaño de una peseta, con pedículo corto, y que ocluía á manera de válvula el orificio vesical, determinando, aparte las hematurias correspondientes á los tumores, grandes retenciones de orina con todo su cortejo de infecciones vesicales, ureterales y, por último, nefritis supurada.)

Ahora bien: ¿á qué causa obedece la formación del cálculo? La litogenia urinaria encierra un doble problema: ¿por qué se precipitan las sustancias normales ó anormales en disolución en la orina? ¿por qué se aglomeran constituyendo desde arenillas hasta enormes cálculos? Seguramente intervienen disposiciones especiales de las vías de eliminación que influyen en la precipitación, y, por otra parte, falta de proporción entre los medios disolventes de la orina con relación á los medios que se encuentran en disolución; mas esto es muy vago y poco preciso, y hay que confesar que fuerzas y acciones desconocidas intervienen en el proceso.

Sólo á título de recuerdo, y dejando á un lado las antiquísimas teorías de Van Helmont (fuerza petrificante), de Meckel (catarro litógeno) y de Beckerel (influencia eléctrica), mencionaremos las que hoy, con más ó menos viso de verdad y más ó menos aplicables á los distintos casos, y de conformidad con la clínica, se pueden tomar en consideración:

Teoría química.—Según ésta, la orina sufre á su paso por las vías de excreción dos fermentaciones distintas: una ácida, quedando en libertad el ácido úrico; y otra alcalina, descomponiendo la urea en carbonato amónico, poco estable, cuya base se desdobla para formar uratos y fosfatos; si bien es verdad que estas fermentaciones explican la precipitación, en cambio no dan cuenta de la aglomeración.

Teoría física.—Apoyada en la de los coloides, es la que da cuenta de la precipitación y aglomeración más de conformidad con la clínica, y tiene su punto de partida en las curiosísimas experiencias de Rainey: este autor, habiendo hecho precipitar en el seno de una solución gomosa diferentes sales, y observando que las cristalizaciones eran de estructura diferente á las ordinarias, sacaba en conclusión que la viscosidad de la goma destruía la polarización

de los cristales, obedeciendo las moléculas á la ley de atracción mutua. En otra serie de experiencias, estas cristalizaciones artificiales se introdujeron en nuevas soluciones gomosas de peso específico diferente, observando su rotura, disgregación y paso á un estado molecular primitivo. Según esta teoría, las sustancias coloides que se encuentran en la orina normal ó patológica (albúmina, sangre, pus, etc.) ejercen sobre las sustancias salinas disueltas la misma acción que la goma respecto á las sales de las experiencias *in vitro*.

Teoría histo-necrótica.—Habiendo encontrado Ebstein y Nicolaier concreciones calculosas en el riñón, uréter y vejiga de animales sometidos á la administración de oxamida, pensaron que la eliminación de esta sustancia determinaba degeneración grasosa y necrosis del epitelio renal, convirtiéndose las células mortificadas en núcleo alrededor del cual se precipitaban y aglomeraban las sales. Guyon, al hacer la crítica de esta teoría, decía: «No creo que en los calculosos úricos la eliminación del oxalato de cal, fenómeno no frecuente y poco pronunciado cuando existe, intervenga como gran factor en la génesis de las concreciones; sin embargo, hay que admitir que los cristales de ácido úrico, de formas irregulares, obrando á su paso sobre el epitelio renal y provocando descamación, puede convertirse ésta en centro de formación calculosa». Sólo un reparo se me ocurre oponer á esta explicación, como opinión mía y basada precisamente en la teoría de los coloides: si bien es verdad que el paso de los cristales de ácido úrico produce descamación epitelial, también lo es que provoca ligeras albuminurías y hematurias, microscópicas muchas veces, pero hematurias al cabo. ¿No podían estas sustancias (albúmina y sangre) obrar como coloides con relación á las sales? Es probable que yo esté equivocado, pero es racional pensar así.

Teoría bacteriana.—Esta hace jugar á los microorganismos gran influencia en la litogenia urinaria; pero por lo pronto es inadmisible en la producción de cálculos úricos en individuos con aparato urinario aséptico, y hoy está unánimemente admitida y consagrada clínicamente, sobre todo desde los trabajos de Tuffier, la litiasis renal aséptica.

¿Con cuál de estas teorías nos quedamos para explicar en nuestra enferma la formación de su cálculo?

Señores: la incultura que desgraciadamente reina en nuestro país hace, por lo que á enfermos se refiere, que fracasen en muchas ocasiones los interrogatorios aun mejor dirigidos; y ya han visto ustedes en el curso de esta nota qué pocos, poquísimos datos pudimos recoger para reconstituir el proceso patológico. Su último parto

data de nueve á diez meses, y al parecer tuvo fiebre algunos días después: es fácil, y no aventurado, suponer que una cistitis post-partum fuese el principio, y entonces la teoría de los coloides satisfaría en parte nuestra natural curiosidad; y digo en parte, porque hay una porción de concausas, como diátesis, temperamento, género de vida, localidad, etc., etc., que tiene variada y misteriosa influencia.

Dada la corta extensión y dilatabilidad de la uretra femenina, condiciones que explican la rareza de los cálculos uretrales en la mujer (aparte los formados sobre cuerpos extraños), ¿cómo darnos cuenta del cálculo uretro-vesical en este caso? Indudablemente, y formado en la vejiga, adquirió dentro de esta cavidad mayor volumen que el que permitía el calibre de la uretra, sobre todo en su punto más estrecho y menos dilatable, el meato; detenido ahí, y por capas sucesivas, llegó á adquirir el tamaño y forma que ustedes ven, y en lugar de insinuar una cavidad en la pared inferior de la uretra, convirtiéndose en diverticular, aumentó en el sentido que menos resistencia encontraba, hacia cuello y vejiga. Este mismo hecho viene en apoyo de que en esta enferma fuese lo primitivo un proceso inflamatorio é infeccioso vesical que, empezando naturalmente por mucosa, atacase la fibra muscular, y no pudiendo el esfínter contraerse, como en estado normal, y ocluir completamente, permitiese el crecimiento del cálculo de delante á atrás, de uretra hacia vejiga.

La relativa rareza de los cálculos uretrales y uretro-vesicales femeninos nos hizo sospechar de primera intención en la existencia de un cuerpo extraño que hubiese servido de núcleo, creencia general de todos ustedes cuando les presenté el caso por primera vez en la Clínica: lo he seccionado longitudinalmente, y, como ven, no encierra cuerpo extraño alguno; su aspecto exterior, coloración y blandura denotan su composición fosfática.

Lesiones que ha producido el cálculo.—Aparte del uretro-colpocele de orden puramente mecánico, podemos decir que á él es debida la muerte de la enferma, por lesiones ascendentes supuratorias de todo el árbol urinario.

Tienen ustedes á la vista la pieza patológica: observen la vejiga, y, desde luego, les llamará la atención que es muy pequeña como cavidad, de paredes muy gruesas, y en las que falta ó son muy escasas las fibras musculares, por abundancia de tejido esclerósico, cuya presencia se explica, primero, por lesiones de mucosa y submucosa; segundo, por el trabajo á que ha estado sometida luchando contra el obstáculo. El examen de uréteres, pelvis y riñones demuestra en el encadenamiento de hechos una urétero-pielo-nefritis

munican con el intestino delgado, resultando entonces una combinación de onfalocele y de divertículo de Meckel abierto.

La génesis de la hernia funiculi umbilicalis hay que buscarla en anomalías del desarrollo. Hasta cerca de la décima semana de la vida embrionaria, existe un asa intestinal en el punto de origen del cordón umbilical. Esta asa, llamada asa umbilical, se mantiene en este sitio por la tracción que sobre ella ejerce el conducto onfalo-mesentérico, que en la misma se inserta. Si éste se oblitera y desgarra, como sucede de ordinario hacia la décima semana, el asa umbilical se retira á la cavidad abdominal; pero si persiste sin romperse, el asa se mantiene en ese sitio, y puesto que el cordón onfalo-mesentérico permanece pequeño en relación con el crecimiento de los demás órganos, penetra cada vez mayor cantidad de asas intestinales en el cordón umbilical.

En las hernias grandes, en las que existe una escisión de las paredes del vientre, juntamente con la persistencia del conducto vitelino, hay que admitir una detención del desarrollo que impide la fusión del tabique ventral.

Se cree que adherencias amnióticas son la causa que dificultan esta unión. Habla en favor de esta opinión el hecho de encontrar en estos fetos la mayor parte de las demás alteraciones teratológicas, cuya causa probada son anomalías del amnios—hemicefalia, espina bífida, amputaciones espontáneas, segmentación de dedos, etc.

El preparado de la fig. 1.ª, tan interesante por muchos conceptos, puede ser un ejemplo del papel que juegan las anomalías del amnios en las formaciones de los celosomas, pues uno de los fetos es uromelio típico, y sabido es que, según la interpretación de Dareste, la simelia es debida á compresiones por estrechez del capuchón caudal del amnios.

Lindner ha descrito un caso de celosomia del tamaño de una cabeza fetal, en el cual se apreciaban de una manera evidente restos de adhesiones amnióticas.

Sobre la existencia de causas de origen central determinantes del onfalocele no hay nada comprobado, aunque en determinados casos no se puede encontrar explicación si no se admite su existencia.

Aun se ha tratado de explicar la génesis de la anomalía que nos ocupa, admitiendo que la cortedad del cordón umbilical, los desgarros del mismo, las inflamaciones de las vísceras abdominales, en especial la del hígado, y las retracciones ó contracciones de la musculatura de las paredes del vientre, juegan un papel importante.

La frecuencia con que se presentan es, según Thudichum, 1 por cada 2.000 partos. El material de Hecker, en la clínica de Munich, da un contingente de 1 por 5.184; y el de la clínica de la «Charité»,

Fig. 1.ª

de Berlín, 1 por 5.000. En la Maternidad de Bilbao he recogido 1 caso en 1.167 partos.

El diagnóstico sólo presenta dificultades en los casos en que la hernia es muy pequeña, por lo cual precisa fijar siempre la atención cuando en el punto fetal de inserción del cordón se aprecie alguna dilatación anormal. La palpación ó un gorgoteo característico nos servirán para hacer el diagnóstico.

En las hernias grandes puede ocurrir la ruptura del saco dentro de la cavidad del útero, de tal manera que cuando nace el feto las vísceras contenidas en aquél aparecen libres. Este hecho, que, según Ahlfeld, se presenta con alguna frecuencia, puede dar lugar á errores verdaderamente desagradables si no se hace el diagnóstico á tiempo.

Citaré como ejemplo un caso notable descrito por Neugebauer. Un médico reconoce durante el trabajo del parto la existencia de asas intestinales en la cavidad del útero; diagnostica ruptura uterina y procede á la laparotomía, encontrándose con que la matriz estaba intacta y las asas intestinales que había tocado procedían de un feto con hernia umbilical congénita y cuya bolsa se había roto.

En un caso de Klötzsch, el hígado aumentado de volumen y fuera de la cavidad del vientre fué causa de distocia.

El pronóstico está en relación con el tamaño de la hernia y con la importancia de las demás anomalías ó monstruosidades que pueden coincidir con ella.

En los casos en que la hernia es muy grande, el pronóstico es en absoluto fatal, pues ni aun por medio de una intervención puede salvarse la vida de estos niños, dado que la reposición de las vísceras á un vientre cuyas paredes ventrales apenas existen, es imposible.

Hace unos meses observé un caso de esta índole en la Maternidad de Bilbao, y, á pesar de tener todo dispuesto para practicar la laparotomía, tuvimos que desistir de llevarla á cabo, convencidos de que sería materialmente imposible conseguir la reducción de las vísceras herniadas.

El antiguo procedimiento de tratar las hernias umbilicales congénitas, y que aun hoy se emplea con bastante frecuencia, consiste en la colocación de un simple apósito que mantenga reducida la hernia, pincelando la superficie del saco con diferentes medicamentos, soluciones débiles de nitrato de plata, etc., etc.

En la época en que no estábamos suficientemente orientados en la anatomía de las hernias umbilicales, apenas si era admisible la posibilidad de la cura espontánea de las mismas. Se creía que la cubierta del saco estaba formada exclusivamente por una membra-

na—el amnios—desprovista de vasos, que experimentaba un proceso de necrosis y daba lugar al prolapso del intestino.

Esta idea sobre el grave pronóstico de las hernias umbilicales encontramos aún en los tratados publicados hacia el año 80 del siglo pasado.

Quedó aclarado el proceso de curación espontánea de estas hernias cuando mejoraron nuestros conocimientos anatómicos sobre las mismas.

Una disección atenta del saco demostró la existencia, no de una sola cubierta, como antes se creía, sino la de dos membranas diferentes, entre las que se encuentra una capa más ó menos espesa de tejido conjuntivo—gelatina de Wharton—en el espesor de la cual corren los tres vasos del cordón. La capa superficial es la cubierta amniótica del cordón; la profunda está formada por el peritoneo, continuación del peritoneo parietal. La existencia de esta cubierta peritoneal, provista de vasos, facilita la curación espontánea.

Lindfors reunió los casos de curación espontánea esparcidos en la literatura hasta el año 1882, y resultó un total de 31 curados por el empleo de un vendaje compresivo.

El tiempo en que se llevó á cabo la curación osciló entre cuatro y doce semanas; término medio, siete á ocho semanas.

El mecanismo de curación es el siguiente: el amnios se gangrena y se desprende de la capa más profunda formada por el peritoneo. En éste se forma una zona de granulación.

De la piel de las paredes del vientre que forma el rodete del anillo del saco, avanzan islotes de epitelio que epidermizan la superficie de granulación. Así se forma una cicatriz que cubre el peritoneo y que, retrayéndose, determina en cierto modo una reducción de la hernia.

El resultado no es, pues, una curación radical, sino una cicatrización del saco herniario.

En la mayor parte de los casos, el proceso de curación espontánea queda comprometido, ya por un traumatismo, ya por una infección, y la peritonitis es el resultado final de ellos. Olshausen, entre 14 casos tratados expectativamente, no obtuvo ninguna curación.

En vista de que los resultados no eran satisfactorios, se planteó la conveniencia de una intervención más activa.

Si descontamos dos casos publicados en la época preantiséptica por no haber sido referidos con detalles, encontramos que Lindfors, en 1882, fué el primero que planteó una intervención radical, formulándola de la manera siguiente: narcosis del niño, limpieza del campo operatorio, reposición del contenido herniario, abertura del saco y resección del mismo, ligadura de los vasos del cordón y,

finalmente, oclusión de la herida del vientre con puntos de seda que comprendan todas las capas de la pared.

Marjantschick reunió, hasta el año 1896, 32 casos operados, con 7 muertes = 21,87 por 100.

Knoop presenta en el año 1903 un total de 35 laparotomías recogidas en la literatura, con 25 casos = 71 por 100 de curaciones. (Tengamos presente que, en general, se publican con más frecuencia los casos de solución favorable que los que la tienen adversa.)

El pronóstico es tanto más desfavorable cuanto más tarde se interviene. Watravens ha encontrado que interviniendo en el curso de las veinticuatro primeras horas se salvaron el 80 por 100, mientras que operando pasadas cuarenta y ocho horas sólo sobrevivieron 33,3 por 100.

Dada la elevada cifra de mortalidad de la operación de Lindfors, se han puesto en práctica otros procedimientos menos agresivos.

Así, se ha practicado, después de la reposición del contenido del saco, una simple ligadura al nivel de la base del mismo.

Este proceder sólo es viable para los casos de hernias pequeñas ó para aquellos otros en que la abertura ventral no es muy grande.

Cuando ésta es de alguna importancia se aconsejó el método ideado por Breus, consistente en reponer las vísceras herniadas, mantenerlas reducidas por medio de una pinza hemostática de Koeberlé colocada alrededor del cuello del saco y sobre el rodete de piel que en algunos casos forma la base del mismo. Entonces se abre el saco por encima de la pinza, y por debajo de ella se practican ligaduras percutáneas con seda. Amputada la bolsa por encima de la pinza, se trata el muñón con el termo, terminando la operación soltando la pinza y colocando un vendaje aséptico.

Olshausen no abre la cavidad peritoneal; separa el amnios del peritoneo, liga con catgut los vasos del cordón y sutura los bordes de la piel, refrescados, con seda, invaginando en el vientre la cubierta peritoneal del saco.

Para llevar á cabo este procedimiento se requieren dos condiciones:

1.ª Que se pueda aislar fácilmente el amnios del peritoneo. Esto sólo se consigue cuando se interviene al poco tiempo del nacimiento.

2.ª La hernia debe ser reducible.

La sutura de las paredes del vientre debe practicarse por planos.

En caso de que la reposición del contenido herniario no sea fácil, ya porque el anillo herniario sea pequeño, ó ya porque el contenido del saco sea muy grande, puede abrirse más ampliamente el vientre por medio de incisiones. Se aconseja también proceder de

este modo cuando los bordes de la herida no se dejan aproximar con facilidad.

En el caso en que el hígado se encuentre herniado y no sea posible su reposición, pueden resecarse trozos de él por medio del termocauterio: casos de Küstner y Mikulicz. El primero falleció á los veintiún días de operado; el segundo curó.

Según Krönig (Zur Behandlung des Nabelschnurbruchs.—Centr. fur Gy. 1898. N.° 51), la elección de procedimientos para el tratamiento de las hernias umbilicales puede formularse de esta manera:

1.° El tratamiento conservador debe quedar limitado para los casos en que la hernia sea muy grande y para aquellos en que, no presentándose el caso á la operación al poco tiempo después del parto, es presumible que las cubiertas del saco estén infectadas.

2.° La simple ligadura al nivel del cuello del saco sólo es practicable en casos de pequeñas hernias reducibles.

3.° La operación de Breus no es recomendable, dada la posibilidad de determinar lesiones del contenido al colocar la sutura.

4.° El método de Olshausen para los casos en que no haya adherencias íntimas entre el peritoneo y el amnios.

5.° El de Lindfors para los casos de contenido herniario irreducible ó de muy difícil reposición.

Como final, hago un resumen de la historia clínica de un caso por mí operado.

En compañía del Dr. Lizárraga visito un niño que hacia dos días y medio había nacido de una madre IVpara, cuyo embarazo y parto fueron normales. Feto hembra, de término, bien desarrollado y que presenta, además de una macroglosia intensa, la siguiente particularidad: En la región umbilical, un tumor del tamaño de una naranja grande, de un color gris sucio, manchado de amarillo y de consistencia un tanto resistente. En la base del tumor, las cubiertas del abdomen que le rodeaban formaban un rodete inflamatorio. Diagnóstico: Hernia umbilical congénita. Encontramos indicada la laparotomía, que practicamos inmediatamente, transportando el niño á la clínica.

Con una incisión longitudinal y media practicada en la cúspide del saco herniario, disecamos algo el amnios del peritoneo, é incindiendo éste, llegamos á la cavidad del vientre. Resección del saco por su base, colocando como precaución una pinza de compresión al seccionar los vasos umbilicales. El saco sólo contenía asas intestinales que se encontraban libres, fuera de un pequeño espacio en donde algunas de ellas se hallaban adheridas al peritoneo. Al terminar la resección del saco, el total de la masa intestinal se encontraba eventrada.

Fig. 2.ª

Fig. 3.ª

Una pequeña picadura intestinal producida al incindir el peritoneo, y que interesaba solamente la serosa, y un pequeño desgarro, igualmente seroso, producido al separar las asas adheridas á la cubierta del saco, complicaron por extremo la operación, pues toda aguja y material de sutura, por fino que fuese, resultaba grosero y grande, traumatizando y desgarrando la finísima serosa de un intestino tan pequeño.

La sutura de las paredes del vientre se hizo con hilo metálico (fig. 3.ª). La temperatura al terminar la operación, 36°,1. La operación se hizo casi sin cloroformización, pues solamente se vertieron sobre la mascarilla 10 ó 12 gotas de cloroformo. El niño soportó muy bien un traumatismo tan grande, y solamente al terminar la reducción del contenido herniario cambió profundamente de color su cara, adquiriendo un tinte azulado que duró algunos minutos, desapareciendo por completo más tarde.

Este fenómeno, que se observa con frecuencia en esta clase de intervenciones, se explica fácilmente teniendo en cuenta que la respiración del recién nacido es de forma abdominal, y en el momento de reducir las vísceras herniadas á la cavidad del vientre se dificulta extraordinariamente la movilidad del diafragma.

A las siete de la tarde, que ví de nuevo al operado, éste se encontraba completamente reaccionado. (La operación se practicó á las doce del día.) A las nueve de la mañana del siguiente día no parecía presentar nada anormal, y falleció tres horas más tarde (á las veinticuatro de la operación), poniéndose momentos antes intensamente ictérico y saliendo por la boca y fosas nasales un líquido amarillo y espumoso.

Autopsia, no me fué posible hacerla. Causa de la muerte, no la sé. Probablemente peritonitis.

UN CASO DE LIPOMA ARBORESCENTE TUBERCULOSO DE LA RODILLA

Por el Dr. Saturnino G. Hurtado
Del Instituto Rubio.

La enferma que origina esta nota clínica se llama Encarnación García, tiene quince años de edad, sin antecedentes hereditarios ni patológicos dignos de mención. La función menstrual es normal y la constitución buena.

Hace ocho años, sin causa aparente, empezó á notar que la rodilla izquierda aumentaba algo de volumen, se ponía un poco pastosa y de vez en cuando la solía molestar ligeramente.

Pasaba el tiempo y la rodilla no se deshinchaba; al contrario, tenía tendencia á aumentar de volumen. Poco á poco fué notando que debajo de la rótula aparecía un tumorcito pequeño, que se fué agrandando lentamente, y que por la parte externa se iba corriendo, hinchándose la región ínfero-externa del muslo. En esta situación, la sometieron á diferentes tratamientos sin obtener resultado alguno, y á los ocho años de padecimiento la presentaron en mi consulta el día 10 de Enero del presente año.

Venía andando naturalmente, sin que al andar se notara la menor cojera. Reconocida la rodilla, apreciamos debajo de la rótula y en la parte ínfero-externa del muslo, hasta el tercio medio, un engrosamiento pastoso con sensación de un lipoma que contuviera líquido.

El aspecto era de un proceso inflamatorio de las bolsas rotuliana y subtricipital, con engrosamiento de las paredes y derrame líquido.

Esto era todo lo que se podía apreciar por la palpación.

Dimos entrada á la enferma en el Instituto el 19 de Febrero, con intención de intervenirla, y á los tres días de su entrada la operamos.

Hecha una incisión en la parte anterior de la rodilla, como de unos 10 centímetros de extensión, nos encontramos con una bolsa del tamaño de una naranja mandarina, flácida, no tensa, cuyas paredes, sumamente gruesas, no medían menos de uno y medio centímetros de espesor. En el interior había un líquido ambarino muy untuoso, y la cara interna de la bolsa estaba provista de unas columnas ó pilares que le asemejaban al miocardio. Esta bolsa no correspondía á ninguna de las prerrotulianas, sino que estaba situada debajo inmediatamente de la rótula.

Más profundamente, y correspondiendo á la bolsa subtricipital, se percibía otra cavidad rellena de líquido que se extendía hasta el tercio medio del muslo. Prolongando la incisión cutánea otros 10 centímetros hacia arriba, penetramos en esta segunda cavidad, cuyas paredes eran mucho más delgadas que las de la otra bolsa, próximamente la mitad, y estaba rellena de un líquido rojizo, algo untuoso, si bien menos que el anterior. Lo que más nos llamó la atención fué que la parte de la bolsa que descansaba sobre la cara anterior del fémur estaba toda ella sembrada de mamelones más ó menos pedunculados, rojos unos, nacarinos otros y algunos amarillentos, de aspecto semejante á una coliflor. La bolsa subtricipital se había agrandado y comunicaba ampliamente con la cavidad articular. Procedimos á la extirpación completa de las dos bolsas, y después, separando el tendón rotuliano sin cortarle, doblamos la rodilla dejando libres las superficies articulares.

Las franjas sinoviales y los ligamentos cruzados estaban cuaja-

dos de vellosidades aterciopeladas, morado rojizas, las cuales extirpamos. Repusimos las partes en su posición normal y suturamos.

El curso post-operatorio ha sido bueno, y en la actualidad se encuentra la enferma en condiciones de ser dada de alta, sin que hasta la fecha haya señales de reproducción.

El análisis histológico de las vellosidades ha demostrado la gran cantidad de células grasas que contienen, así como células embrionarias de tejido inflamatorio, quedándonos en la duda, con este solo análisis, de si la naturaleza del proceso es ó no tuberculosa.

Se trata de un caso de lo que se ha llamado *lipoma arborescente tuberculoso*, cuya naturaleza no está aún bien definida por los histólogos.

En nuestra práctica hemos tenido ocasión de observar, hace tiempo, otros dos casos. En éstos, el lipoma era solamente de la sinovial y franjas sinoviales sin afectar las bolsas. No hemos seguido el curso ulterior de los mismos, y no podemos decir si se han ó no reproducido. Seguiremos éste hasta donde nos sea posible, porque lo más interesante para nosotros es saber si tienen ó no tendencia á la reproducción.

Como el caso es verdaderamente raro y se observa por lo tanto pocas veces, nos hace pensar sobre el particular y decir algo sobre la naturaleza y patología de las bolsas de desliz.

Una bolsa serosa es una cavidad virtual de desliz. La Naturaleza, buscando el funcionamiento mejor de los órganos, da facilidades para que éstos puedan resbalar, ludir unos contra otros. Este ludidero debe estar suavizado con líquidos untuosos, para que resulte el rozamiento disminuído; y tan necesario es esto, que si en cualquier máquina se suprime el aceitaje de sus ruedas y articulaciones, pronto se la verá inutilizada, amén de la mayor fuerza que ha sido necesaria para moverla. La llamada sinovia no es, en realidad, sino un aceite que engrasa la máquina animal. Este aceite está contenido en las bolsas sinoviales y serosas; pero la máquina humana, complicada y variadísima en sus juegos, utiliza otras diversas maneras de atenuar el roce. Así el intestino se desliza por el peritoneo, el pulmón por la pleura, los tendones por las vainas tendinosas, etc.

Sabido es que el músculo funciona acortando la distancia entre dos puntos, aumentando en espesor lo que pierde en longitud. Pero es preciso que los órganos inmediatos sean flexibles y cedan á estos cambios de posición. Entre estos órganos inmediatos y el tendón ó el músculo, cuando éste tiene que hacer un gran recorrido, se forma la bolsa de desliz. Esta no es, pues, más que una cavidad virtual, fraguada por el funcionamiento del músculo, consecuencia necesaria del ejercicio de la función.

Es preciso darse cuenta cabal de la disposición de las bolsas serosas de la rodilla para comprender la evolución del proceso que nos ocupa. Lo más importante que debemos conocer es lo siguiente: debajo de la piel, entre la piel y la aponeurosis que recubre el tendón del triceps, hay una pequeña bolsa serosa. Entre la aponeurosis y el tendón, otra, y una tercera entre éste y la rótula. Puede haber, pues, en estado fisiológico, tres bolsas serosas y aun que éstas comuniquen entre sí. Lo regular es que no haya más que una entre el tendón y la piel, debajo de la aponeurosis superficial. Profundamente, entre la cara anterior del fémur y el tendón del triceps, hay otra bolsa constante de desliz, la cual tiene la particularidad que unas veces comunica y otras no con la cavidad articular, y esto es lo que debemos conocer. Cuando comunica con la articulación, como en el caso que nos ocupa, el proceso fraguado en la bolsa se propaga fácilmente á la cavidad articular, sobre todo á las franjas, y cuando la bolsa es independiente, el proceso suele limitarse á sus paredes, dejando libre la articulación, ó, si comienza por ésta, no suele invadir la bolsa.

La patología de estas bolsas serosas de desliz no la creo bien conocida y estudiada. Para mí, gira toda ella alrededor del traumatismo. Aun en aquellos casos infecciosos cuya causa es un microorganismo, no explicamos satisfactoriamente el hecho de la localización sin admitir que para determinarse la infección se necesita: primero, organismo infectante; después, condiciones orgánicas receptoras abonadas, y, por último, el traumatismo, la rotura vascular, el derrame y estancamiento sanguíneo, que viene á ser el caldo de cultivo apropiado para que los gérmenes se reproduzcan.

Nuestra observación personal nos da los siguientes estados patológicos:

Hemos visto muchas veces aparecer, ya en la parte anterior más frecuentemente, ya en la posterior de la rótula, unas tumoraciones que comienzan siendo pequeñas y van creciendo paulatinamente, hasta llegar algunas al tamaño de una naranja grande. Son blandas, perfectamente esféricas; dan la impresión, al tactarlas, de una pelota de goma no tensa. Son bolsas que se han fraguado por el roce y presión de las partes, y se observan en personas que frecuentemente se arrodillan. Abiertas, tienen una membrana fibrosa ó cápsula, generalmente delgada, recubierta de epitelium en el interior y adherida al tejido celular periambiente. Contienen un líquido viscoso, ambarino, transparente ó rojizo, á veces pus y bridas interiores cuando están degeneradas con la cápsula gruesa. Otras veces son tuberculosas, con grumos caseosos y paredes infiltradas de tubérculos.

Un traumatismo directo sobre la rodilla determina en ocasiones rotura vascular y derrame sanguíneo ó hematoma de la bolsa prerotuliana ó subtricipital, el cual se reabsorbe sin dejar huellas unas veces, y otras se organiza ó permanece líquido, sin la menor tendencia á la reabsorción. Cuál sea la causa de estas modalidades, no la conozco. ¿Por qué unas veces el derrame desaparece pronto con ligera compresión, y otras, aun cuando se empleen los medios que se quiera (como no sea la abertura, evacuación y legrado de la pared), no desaparecen?

Va haciéndose larga ya esta nota, lo cual me impide discurrir sobre este punto.

En otras ocasiones, ya no es el traumatismo ó golpe directo el que determina el derrame de serosidad gelatinosa; es simplemente el ejercicio exagerado de la función. Tanto en unos como en otros casos, para que el derrame á través de la membrana se produzca es preciso que las células encargadas de la secreción de este líquido viscoso estén alteradas en su fisiología, mejor, estén aberradas; y no encontramos otra manera de explicar el fenómeno más que la siguiente:

Las células tienen una función propia, que es la nutritiva, cambios á través de su membrana y modificaciones de su contenido; otra función secretora, que quizá no sea dependiente más que de esta nutritiva, y los excreta ó detritus del funcionamiento sean lo que llamamos secreciones, ó quizá puede ser en algunas células una función independiente; y, por fin, tienen otra función reproductora.

Para el ejercicio de estas funciones se necesitan condiciones de ambiente y dirección ó influenciación de algo fluido, misterioso, vibratorio, algo desconocido que llevan las terminaciones nerviosas y que, sin penetrar directamente en la célula, están impregnando los espacios intercelulares, y determinan por su corriente nerviosa (de algún modo la hemos de llamar) la regularidad en las funciones nutritiva, secretora y reproductora.

Es muy probable, casi seguro, que el origen de las neoplasias no obedezca más que á una falta de dirección del sistema nervioso en cuanto á la función reproductora.

Las células se reproducen y reproducen sin tino, innecesariamente, como si les faltara el freno que regula su función.

Otras veces se pierde la regulación nutritiva, y vemos á los tejidos esfacelarse, desprenderse, caerse á pedazos, como sucede en algunas formas de gangrena.

La excitación, el traumatismo constante, puede hacer cambiar las funciones celulares, alterando la forma fisiológica y originando crecimientos y desviaciones del tipo normal.

La bolsa subtricipital se afecta muy ordinariamente con las mismas formas de la sinovial y de los otros elementos articulares, sobre todo cuando comunica directamente con la articulación, que bien pudiéramos en este caso considerarla como un divertículum de la misma. Tiene, pues, las mismas alteraciones patológicas.

Por último, hemos tenido ocasión de observar dos veces, como hemos dicho antes, al abrir la articulación, unos á modo de racimos de fungosidades pedunculadas de diferentes tamaños y coloraciones, que partían de las franjas sinoviales y flotaban en la articulación, rellenando los intersticios. Es el llamado *lipoma arborescente tuberculoso* de Müller, cuya naturaleza no está aún bien determinada. Son mamelones grasosos rojizos más ó menos pedunculados, duros, que no se desgarran por la cucharilla cortante, y es necesario extirpar.

Los casos hasta ahora observados son sumamente raros, y las descripciones incompletas, sobre todo bajo el punto de vista de las recidivas, que es lo que nos interesa.

El tercer caso actual observado por nosotros tiene la particularidad de haber comenzado por la bolsa subtricipital, propagándose y desarrollándose en toda ella, especialmente en la parte que descansaba sobre el fémur, pero habiendo invadido secundariamente las franjas articulares, y esto sin duda debido á que en esta enferma la bolsa subtricipital era un divertículum de la cavidad articular por la amplia comunicación que entre ellas existía.

ENVENENAMIENTO POR LA CREOSOTA

Por el Dr. D. Celestino Moliner
Del Instituto Rubio.

Todo el curso pasado estuvo asistiendo al Dispensario á mi cargo el niño N. Oliva, inscrito en el actual con el núm. 255, el cual, á la edad de ocho meses, presentaba signos de heredo-sífilis, que habían desaparecido completamente al finalizar el curso, pero quedando algo atrépsico, tanto por esta causa cuanto por las malas condiciones de su alimentación, que consiste en una lactancia casi artificial mal practicada. Desde entonces ha sufrido repetidos catarros bronquiales en series cortas, hasta quedar constituída una bronquitis crónica diseminada, con gruesos y pequeños estertores, resonancia exagerada de la voz y sibilaciones en todo el árbol bronquial, acompañados estos síntomas de una disnea casi continua, peligrosa sobre todo en las agudizaciones frecuentes del proceso. Todas las medicaciones apropiadas se habían ido sucesivamente empleando: revulsi-

vos, balsámicos, expectorantes, vomitivos; todo inútilmente, puesto que si algún alivio se obtenía, era tan efímero que al poco tiempo volvía este enfermito de nuevo al mismo estado.

Uno de los últimos días del mes de Febrero le dispuse la aplicación de un enema con cuatro gotas de creosota (de cuyo medicamento prescribí seis gramos) emulsionadas en yema de huevo y diluídas en agua templada; pero á pesar de haber repetido con insistencia á la madre el número de gotas que cada vez había de inyectar, por una mala inteligencia sin duda, aquélla le aplicó de una sola vez toda la cantidad prescrita.

El efecto, dice la madre, fué como el de un rayo: inmediatamente el niño se quedó frío, insensible, en estado agónico, que se prolongó por más de tres horas, al cabo de las cuales tuvo un vómito abundante de un líquido oscuro como el café fuerte; la orina también presentaba el mismo color hasta después de treinta y seis horas, y todo esto acompañado de deposiciones sanguinolentas, con fuerte tenesmo rectal. Al día siguiente, ó sea después de veinticuatro horas de la ingestión del veneno, principió el niño á despejarse y á tomar por primera vez alimento, y á los tres días le presentó en el Dispensario en estado muy satisfactorio, quedando tan sólo, como recuerdo de una equivocación que pudo ser tan funesta, unas escaras perianales sin importancia. ¡Lo sorprendente de este caso es que este pobre niño ha quedado, hasta hoy al menos, curado de su grave y pertinaz bronquitis!

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

SOBRE LA OFTALMO-REACCIÓN

POR EL DR. VERDES MONTENEGRO
Del Instituto Rubio.

I

Anunciada la publicación de un libro de Wolff-Eisner sobre la oftalmo-reacción, me ha parecido oportuno retrasar la publicación de la conferencia que acerca de este tema hube de dar á principios de año en el Instituto Rubio, á fin de comparar con los resultados de mi experiencia los obtenidos por el autor del procedimiento. Entretanto, se ha ido dando cuenta, por numerosos experimentadores, de sus impresiones acerca del nuevo método de diagnóstico de la tuberculosis; y, como de ordinario acontece, se ha ido complicando una cuestión que aparecía en los primeros momentos de seductora sencillez.

El método de investigación consistía, según sus primeros propagandistas, en instilar una gota de solución no glicerinada de tuberculina al 1 por 100 en el ángulo interno del ojo. En estas condiciones hube yo de comenzar á aplicarlo en Septiembre del año pasado, utilizando los tubos del Instituto Pasteur; pero la carestía del producto, que hace elevarse á 800 francos el precio del gramo de tuberculina, me obligó á investigar si se obtenían resultados iguales con las tuberculinas glicerinadas, y pude efectivamente convencerme de que el temor á la acción irritante de la glicerina que mostraba Calmette era absolutamente infundado. Las tuberculinas glicerinadas, diluídas en la proporción de 1 á 100, vienen á contener 0,0004 de glicerina por gramo, ó sea 0,00002 por gota, cantidad que no causa la menor reacción por parte de la conjuntiva. Soluciones acuosas de glicerina en proporciones análogas, ensayadas por mí, no han provocado ninguna reacción. Se puede utilizar, por lo tanto, cualquier tuberculina para el ensayo diagnóstico. A estos mismos resultados han llegado también Eppenstein y Levi (*Med. Klin.*), siendo aceptado este criterio por Wolff-Eisner (*Beitr. zur Klin. der Tub.*).

Respecto de la concentración á que ha de prepararse la disolución de tuberculina, no hay perfecto acuerdo. Los oftalmólogos y los

pediatras estiman muy elevada la solución al 1 por 100, y proponen que se reduzca á la mitad; pero la mayoría de los experimentadores se inclina á forzar las dosis y emplea soluciones al 2, al 3 y al 4 por 100. Esto hace muy difícil comparar los resultados obtenidos por unos y otros, más todavía si se tiene en cuenta que algunos, en caso de falta de reacción, repiten el ensayo con la misma dosis ó con dosis más elevada. Se trata, por este medio, de aplicar á la oftalmo-reacción el método de la dosis repetida y de la dosis creciente, que se emplea en el diagnóstico por las inyecciones hipodérmicas de tuberculina; pero con esto se lleva al nuevo procedimiento la confusión que hoy reina en el antiguo, y que tiene alguna parte, aunque pequeña, en su descrédito clínico.

La susceptibilidad individual á la tuberculina es muy variable, según hemos podido comprobar cuantos la empleamos á diario; hay enfermos que reaccionan á la inyección de 0,0001, mientras otros no ofrecen reacción marcada si se les inyecta 0,0005 ó 0,001. De ahí que, con objeto diagnóstico, se haya recomendado empezar por dosis muy pequeñas y elevarlas hasta alcanzar 1, 3 ó 5 miligramos, ó bien, lo que constituye otro método, repetir dos ó tres veces una misma dosis, con lo que al cabo se produce reacción. La instilación de una gota de solución al 1 por 100 no puede producir reacción conjuntival sino en aquellos individuos susceptibles á esa dosis; y empleando los procedimientos ya acreditados en el diagnóstico hipodérmico, se trata de dar al método la flexibilidad necesaria para abarcar todos los casos susceptibles. Pero las discusiones acerca de cuál es la dosis máxima que en caso de reacción negativa puede autorizarnos á declarar que un individuo no es tuberculoso, comienzan en el terreno de la oftalmo-reacción, como comenzaron — y no llevan traza de acabar — en el de la reacción hipodérmica; por eso he manifestado que se complica mucho en estos momentos una cuestión que hace meses aparecía en alto grado sencilla.

Conviene no perder de vista que la reacción local ó general provocada por la tuberculina no es completamente específica sino en parte común á todos los productos bacterianos. Así, no es lógico suponer que con dosis relativamente altas (en la práctica siempre miligramáticas) se revelan focos tuberculosos latentes que no hubiesen dado reacción á dosis más moderadas, sino que cuando la reacción se produce con dosis fuertes debe atribuirse á la acción sobre el organismo ó una de sus partes de una toxina, sin que de esta reacción se deduzca que en el organismo existan ó no focos tuberculosos. Por otra parte, el problema del diagnóstico no está en averiguar si existen en el organismo focos latentes, sobre todo después de los veinticinco años, sino focos activos.

No doy, por lo tanto, un gran valor á las reacciones positivas obtenidas por Wolff-Eisner, Levy, Eppestein y otros empleando soluciones al 2, al 3, al 4, hasta al 10 por 100, en los individuos que no reaccionaban con la solución al 1, de la misma manera que no doy importancia, para fines diagnósticos, á las reacciones positivas obtenidas por inyección hipodérmica de dosis elevadas. Según mi experiencia, en España, la inyección de un miligramo de tuberculina humana produce reacción febril, sea ó no tuberculoso el individuo á quien se inyecta, por la acción piretógena no específica de la introducción de una toxina compleja en el organismo. Tengo por seguro que una solución fuerte de tuberculina produce una irritación local no específica de la conjuntiva. Sería interesante intentar la oftalmoreacción con otras toxinas que la tuberculosa, en individuos sanos ó enfermos de las afecciones correspondientes.

Tampoco será en todos los casos igual la sensibilidad de la conjuntiva para reaccionar con fenómenos irritativos, como no lo es la de la piel. La aplicación de un sinapismo no produce en todos los individuos un mismo grado de hiperemia. De ahí que me parezca muy atinada la observación de Schläpfer con respecto á la cutireacción (*Beitr. zur frage der Spezifität der kutanen Tuberkulinreaktion nach V. Pirquet*). Fundándose en la diferente susceptibilidad de la piel en los diferentes individuos, cree muy posible Schläpfer que en dos sujetos con igual susceptibilidad á la toxina tuberculosa, y hasta con igual capacidad para producir anticuerpos, dé la reacción distintos resultados según la irritabilidad de la piel en cada uno de ellos.

II

En las observaciones realizadas por mí en enfermos del Instituto Rubio, del Real Dispensario Antituberculoso de Madrid y de mi clientela particular, he empleado la dosis de 1 por 100, sin repetirla días después si el individuo no presentaba reacción positiva, y sin aumentar tampoco en este caso la concentración de la dosis. He instilado, pues, una sola vez en cada caso, una gota de la solución al 1 por 100. Mi experiencia se refiere á 482 observaciones, que han dado los resultados siguientes:

En 210 individuos tuberculosos en primer período de la clasificación de Turban-Gerhardt, 182 reacciones positivas (86 por 100) y 28 negativas.

En 44 enfermos en segundo período de la misma clasificación, la reacción ha sido positiva 30 veces (68 por 100) y negativa 14.

En 26 enfermos en tercer período, 8 reacciones positivas (30 por 100) y 18 negativas.

Es bien sabido que la clasificación mencionada, de carácter esencialmente anatómico, se refiere á casos de tuberculosis pudiéramos decir harto confirmada, lo cual, en mi sentir, constituye uno de sus graves defectos. Señala las lesiones máximas que ha de tener el individuo para ser incluído en cada uno de los períodos, y esto da al primero una latitud tan grande, que la discreción aconseja crear un nuevo grupo formado por los individuos que tienen lesiones mínimas. En efecto, la clasificación de Turban-Gerhardt define el primer período en estos términos: afección ligera, limitada á pequeños territorios de un lóbulo pulmonar, que no descienda, por ejemplo, de la clavícula y de la espina si las lesiones son bilaterales, y limitada por delante por la segunda costilla si son unilaterales. Claro es que, siendo éstas las lesiones máximas, todo caso que no alcance tal desarrollo queda comprendido en el primer período; pero la diversidad de casos justiciables de ser clasificados en él es muy grande—no así en los dos siguientes, que presentan mayor uniformidad,—y esto explica que en la práctica se haya formado un subgrupo que unos denominan torpemente de *pretuberculosos*, *sospechosos*, etc., y otros, con menor impropiedad, de *iniciales*, que está constituído por aquellos casos clínicamente tuberculosos según las reglas que para el diagnóstico precoz hubo de formular Grancher con exquisita perspicacia.

En 45 individuos que se hallaban en estas condiciones la oftalmo-reacción ha sido ensayada, obteniendo resultados positivos 26 veces (57 por 100) y negativos 19.

Sesenta individuos sanos ó enfermos de otras enfermedades han dado 22 resultados positivos (36 por 100) y 38 negativos.

Estos dos últimos grupos son, como se comprenderá fácilmente, los más interesantes, porque emplear con fin diagnóstico la oftalmo-reacción en un enfermo que ofrece ya signos clínicos evidentes de tuberculosis en un cierto grado de desarrollo no puede ser sino una curiosidad científica inútil en la práctica. En estos casos el problema diagnóstico se da resuelto desde el primer momento, y al médico se le plantean otros relativos más bien al pronóstico, para resolver los cuales, también, en verdad, á lo menos según la opinión de Wolff-Eisner, puede la oftalmo-reacción ayudarle. Pero en los casos de diagnostico difícil, en aquellos en que la insignificancia de los signos físicos suspende el ánimo y le obliga á reunir los mayores elementos de prueba antes de formular un juicio que es quizás el que mayores responsabilidades médicas entraña, la oftalmo-reacción seria un precioso auxiliar si no fuese también tan insegura.

Para mayor esclarecimiento de los resultados obtenidos en estos grupos, debo hacer constar que los casos iniciales sometidos á ensayo ofrecían en su mayoría disminución del ruido respiratorio en un vértice é inspiración reforzada en el otro, cosa frecuentísima en el reconocimiento de enfermos al principio de su dolencia, que justifica y da un sabor de realidad insuperable á la comunicación sobre diagnóstico de la tuberculosis hecha por Grancher al Congreso de París de 1905. Actualmente se considera que en gran número de casos estos signos físicos deben corresponder á lesiones pequeñas cicatrizadas de un modo espontáneo, puesto que á veces persisten indefinidamente sin que la enfermedad avance; pero tampoco puede considerarse esta suposición como completamente fundada, pues muchas veces también estos signos varían con el tiempo, mientras se producen otros fenómenos demostrativos de que la enfermedad progresa.

Aparte de los casos mencionados, merece fijar tambien la atención el hecho de que en 28 niños con infartos tráqueo-bronquiales 13 veces (46 por 100) dió resultado positivo la oftalmo-reacción y 15 negativo. El resto de los casos sometidos á esta prueba se refiere á individuos en diferentes períodos de su enfermedad que habían sido tratados por la tuberculina con fin terapéutico. De ellos (69 casos) solamente uno dió reacción positiva y en verdad muy intensa: tratábase de un individuo con lesiones extensas, pero que se defiende bien; en él la tuberculosis lleva una marcha lenta, sobre todo desde que fué sometido á tratamiento, con largos períodos de suspensión del proceso. El hecho de que no ofrezcan oftalmo-reacción los que se han sometido á la tuberculina está ya registrado por otros experimentadores. Es curioso que la presentase, y fuerte, un individuo de larga historia en su padecimiento y tratado además por la tuberculina, lo cual hacía pensar en una saturación poco propia para que la oftalmo-reacción apareciera.

En algunos otros individuos se presentó reacción, pero tan ligera que hube de anotarla como dudosa, y al resumir los datos no me atrevo á considerarla como positiva. Estos individuos—los tratados por la tuberculina—fueron observados con especial interés, porque traté de inquirir si podría utilizarse la oftalmo-reacción para juzgar del éxito del tratamiento. No he podido formar juicio que autorice tal pretensión. Enfermos de lesiones limitadas, tratados por la tuberculina, y que presentaban todos los caracteres de suspensión del proceso, no han dado reacción; en otros, en curso de tratamiento, ha faltado también (los dudosos pertenecen á este grupo); en fin, el hecho de que se haya presentado intensa en un individuo de lesiones grandes, aunque de buen pronóstico, en cuanto á la cronicidad, y además tuberculinizado, ha producido gran confusión en mi espí-

ritu. Parece probable que la falta de reacción en estos casos carezca de valor pronóstico.

Mainini (*Erfahrungen uber kutane Tuberkulinimpfung bei Erwachsenen*) ha observado que si se hace á un individuo una inyección de tuberculina, la cuti-reacción intentada poco después resulta negativa, y en cambio produce resultado si se intenta á los veinte ó veinticinco días, por ejemplo. Esto ha hecho pensar que podría atribuirse el fenómeno á que en el primer caso se hallase el individuo en lo que llama Wright fase negativa con relación al índice opsónico, y ha sugerido naturalmente la idea de utilizar la cuti-reacción para determinar la fase positiva. Como quiera que la investigación del índice opsónico es una operación de laboratorio engorrosa y molesta, sería muy agradable que pudiese ser sustituída para los fines prácticos por esta otra operación tan sencilla. Es muy posible que los casos que yo he anotado como dudosos estuviesen en el principio de la fase positiva, y que hecha la oftalmo-reacción un par de días después hubieran reaccionado vivamente. De todos modos, en estos últimos tiempos el método de Wright como guía del tratamiento por la tuberculina para fijar el momento en que puede procederse á hacer una nueva inyección está siendo muy discutido, y no parece responder á las esperanzas que despertara.

III

Según se desprende de estos resultados, hay todavía mucho que estudiar en la oftalmo-reacción. Un cierto número de tuberculosos no reaccionan, y estos casos se presentan en todos los períodos de la enfermedad. Por otra parte, hay sanos que reaccionan también. Wolff-Eisner supone que fracasa la reacción con más frecuencia cuanto más avanzada está la enfermedad y falto de energías para la defensa el individuo. Convienen con esta suposición mis resultados, que demuestran que el tanto por ciento más elevado de reacciones positivas se encuentra en enfermos del primer período, y el más bajo en el último; pero lo indeciso de los resultados en los individuos sanos y en los tuberculosos iniciales priva, hoy por hoy, de un gran valor al procedimiento.

Wolff-Eisner ha dado al método con la publicación de su volumen orientaciones que ninguno de los que hemos empleado la oftalmo-reacción podemos criticar, y que exigen nuevas observaciones. Teniendo en cuenta el tiempo que tarda en producirse la reacción, la intensidad de ésta y su duración, puede establecerse una curva y medir, como se acostumbra en las gráficas de

temperatura, en sentido horizontal lo que se refiere al tiempo, y en el vertical lo que afecta á la intensidad. Pues bien: Wolff-Eisner supone que hay una curva normal de la reacción que tiene un valor pronóstico determinado, y que toda variación de la curva tipo le tiene también. Con esto suscita el autor del procedimiento cuestiones no menos importantes que la del diagnóstico, en las que no habían fijado la atención ninguno de los experimentadores, y que he de exponer brevemente, á fin de que puedan hacer observaciones sobre estos extremos los que simpaticen con el procedimiento.

El tipo normal de reacción lo ofrecen aquellos en quienes esta reacción se inicia á las cuatro ó seis horas, alcanza su mayor intensidad á las veinte ó veinticuatro, y desciende luego, desapareciendo en el curso del segundo, del tercero, del cuarto día á lo sumo. Esta reacción supone el autor que se encuentra en la inmensa mayoría de los casos iniciales y en los del primero y segundo período de buen pronóstico, es decir, de marcha muy crónica.

Una desviación de este tipo la ofrecen los casos en que se presenta una reacción muy pronta, pero débil y fugaz *(schnelle aber sehr schwache und vorübergehen de Reaktion)*. Comienza como la normal, á las seis horas, pero alcanza muy rápidamente su acmé diez horas más tarde, y desaparece al segundo día. Es esta reacción tan fugaz, y su intensidad, aun en el momento mismo del acmé, tan pequeña, que si no se tiene cuidado de observar cada dos horas al enfermo, puede en muchas ocasiones pasar inadvertida. Esta forma supone Wolff-Eisner que implica un pronóstico desfavorable, que responde á una marcha muy rápida de la enfermedad; y en cuanto á la falta completa de reacción, declara que únicamente la ha observado poco antes de la muerte.

La segunda variedad de reacción es la tardía y duradera *(spat und Dauerreaktion)*. Comienza ordinariamente como las anteriores, pero no llega á su mayor intensidad lo menos hasta las cuarenta y ocho horas, y persiste en ella cuatro, seis ó más días, tardando en desaparecer á veces varias semanas. Esta forma de reacción supone el autor que no se presenta en los casos de tuberculosis activa; de tal modo, que estima puede establecerse la conclusión de que una reacción tardía y duradera es signo de una tuberculosis inactiva (*arrested pulmonary tuberculose* de los ingleses). Sería muy interesante precisar si es este género de reacción el que presentan los hombres sanos que reaccionan, pues según las investigaciones necroscópicas de Burckhardt, la palabra sano, tratándose de adultos, significa, en todo rigor, individuo con lesiones tuberculosas cicatrizadas ó inactivas.

¿Qué valor puede darse á estas suposiciones? Mi impresión es

que pecan de algo prematuras y que tienen un sabor demasiado teórico. El recuerdo de que reaccionan más intensamente á las inyecciones de tuberculina los enfermos incipientes que los gravemente ó, por mejor decir, de largo tiempo atacados, parece pesar sobre todas estas deducciones. Paréceme corto el tiempo que lleva este procedimiento en ensayo para que puedan formularse conclusiones referentes al pronóstico, cuando todo lo que se refiere á la tuberculosis exige años y años para que los resultados puedan apreciarse. Es de todos modos un estudio muy interesante para que no deba continuarse, y seguir la observación del curso de la enfermedad, á fin de poder dentro de seis ú ocho años afirmar que la reacción tardía, por ejemplo, significa un curso lento, ó quizás una completa inactividad del proceso.

Respecto de la inocuidad del procedimiento, he leído mucho y muy contradictorio. Por lo que á mi experiencia personal respecta, declaro que solamente una vez he visto producirse un enrojecimiento muy intenso de la conjuntiva, que sin gran molestia para el enfermo duró quince ó veinte días; en seis ú ocho enfermos, el enrojecimiento, menos pronunciado, pero bastante intenso sin embargo, duró cuatro ó seis días; los restantes casos no han ofrecido nada de particular. Suponer, como algunos lo han hecho, que la oftalmoreacción podía agravar el curso de las lesiones pulmonares, me parece sencillamente pueril.

Creo poder afirmar que todavía el diagnóstico precoz de la tuberculosis está en la observación clínica, y de todos los medios que ésta emplea, en la auscultación, según las enseñanzas de Grancher, claro está que practicada por aquellos que han educado el oído en grado suficiente. Con emplear yo mucho la tuberculina en el tratamiento de la tuberculosis, no he tenido ocasión de apelar ni una vez á ella para fijar el diagnóstico, pues el estudio clínico del enfermo, la auscultación comparada de los vértices, muy principalmente en casos muy dudosos, la observación repetida con intervalos ha arrojado siempre datos suficientes para el juicio. Un medio que permitiese hacer el diagnóstico á los médicos que no tienen práctica suficiente de auscultar por haber dedicado á otros asuntos sus actividades, sería de gran importancia, porque no exigiría el concurso, no siempre fácil de procurarse, de los especialistas; pero ese medio no creo que lo ofrezca la oftalmo-reacción, como no lo ofreció tampoco la reacción hipodérmica.

***

En España ha publicado un trabajo muy interesante el Dr. Coderque, de León *(Rev. de Med. y Cir.)*, y han hecho observaciones los Dres. Sarabia, Lozano y García Arias, del Instituto Rubio; Simo-

nena y Pulido, de la Facultad de Medicina; Valle Aldabalde, Azúa y Sánchez Covisa, de la Beneficencia provincial; Blanc, del Hospital de la Princesa; Laso, de Sevilla, y otros que siento no recordar.

EL TRATAMIENTO DE LA ENTEROCOLITIS MUCO-MEMBRANOSA

Régimen alimenticio.—Lavados intestinales.—Curas hidrominerales.

POR EL DR. MAURICE LANGENHAGEN
Médico consultor en Plombières.
TRADUCIDO POR EL DR. D. DIONISIO GÓMEZ HERRERO

(Conclusión.)

Con bastante frecuencia, cuando el enfermo depone espontáneamente antes de la operación (ensayo que es necesario recomendar hacer siempre), ó cuando hay pocas mucosidades que evacuar, ó si la fatiga que produce el lavado es demasiado acentuada, me contento con una sola irrigación.

Por los mismos motivos se puede, en lugar de hacer una sesión cada día, no hacer sino dos ó tres por semana. Todo esto es asunto de tacto, de cierta medida é indicación individual. No me cansaré en repetir demasiado que no doy aquí más que los términos medios; la fórmula de la enteroclisis no es unívoca, y que las diferentes condiciones de presión, temperatura, cantidad y aun naturaleza de líquido á inyectar pueden variar notablemente según la forma y el grado de la enfermedad, según la tolerancia del enfermo, su estado de nervosidad y según la acción que se proponga obtener: simple evacuación de materias fecales, antisepsia y limpieza del canal intestinal, avivar la contractilidad y energía de la fibra muscular, sensación de espasmo y contractura, calmar el dolor ó modificar el estado catarral de la mucosa.

Se han hecho, sin embargo, objeciones al método de los lavados intestinales. Yo estimo que estas críticas, en su mayor parte, son infundadas ó demasiado exageradas; y, como tienen una apariencia especiosa que ha seducido á cierto número de médicos, es necesario que las examine con algún detalle. No pretendo que el método que recomiendo sea perfecto; digo sencillamente que sus inconvenientes son mínimos al lado de sus ventajas.

Así reconozco voluntariamente que algunos sujetos no pueden soportar las irrigaciones intestinales: les provocan trastornos variados, dolores violentos, náuseas, vómitos, sudores fríos, síncopes. Pero añado inmediatamente que el número de estos sujetos excep-

cionales es extraordinariamente restringido (apenas un 2 á 3 por 100 entre un número total de varios millares de casos que yo he observado).

Cuando se encuentran casos parecidos de intolerancia es preciso evidentemente renunciar á los lavados. Pero esto no es una razón para condenar en bloc, en conjunto, el método, y para privar de los beneficios de la enteroclisis la gran mayoría de los otros enfermos capaces de soportarla. ¿Hay algún médico que renuncie sistemáticamente al empleo de un medicamento tal como el ioduro potásico, la antipirina, la belladona, etc., por la razón que determinadas personas no puedan tolerarlo? Hará primero el ensayo del medicamento, dispuesto á abandonarle si se encuentra en presencia de una intolerancia idiosincrásica. Deberá hacerse lo mismo en la enteroclisis.

Abstracción hecha de esos sujetos excepcionales; se ha dicho que los lavados, aun cuando sean bien soportados, tienen por inconveniente dilatar el intestino, provocar el espasmo y la contractura, aumentar la irritación de la mucosa y la producción de flemas; por último, entretener y aun aumentar la atonía intestinal, acostumbrando á los enfermos á no poder pasar sin su auxilio. Hay casi tantos errores ó exageraciones como palabras en esas proposiciones.

Así es muy raro ver la enteroclisis provocar espasmos del intestino; las contracturas y estrecheces espasmódicas (cuerdas) de ciersos segmentos del colon, como la dilatación atónica de otras, son fenómenos normales en la colitis muco-membranosa, y se les observa tanto en los enfermos que no hacen uso de las irrigaciones como en aquellos que se hallan sometidos al tramiento por este medio; *son, pues, efecto de la enfermedad misma y no del tratamiento que se la ha aplicado.* Si, no obstante, en algunas personas los lavados parecen provocar el espasmo y el dolor, esto depende frecuentemente de ser practicados con una exagerada presión ó con cantidades demasiado considerables de líquido; hechos correctamente, como he indicado más arriba, no producen casi nunca sufrimiento realmente importante... Alguna vez se puede observar contractura limitada á la S ilíaca, y debida únicamente á la introducción de la cánula y á la reacción local que provoca; un buen medio para evitar el espasmo parcial consiste en embadurnar la cánula con pomada de belladona ó cocainizada en vez de vaselina simple.

Ahora bien: ¿cómo puede el intestino *dilatarse*, es decir, cómo sus paredes pueden ser forzadas por la introducción de un líquido á débil presión y que *no llena jamás completamente la cavidad que le recibe?* Tomad una vejiga de cerdo, llenadla poco á poco de agua;

en tanto que esta vejiga no sea hinchada al extremo que el líquido haga presión en sus paredes, éstas no se distenderán, no sufrirán dilatación forzada. Ahora bien: para llenar el intestino grueso á tensión, desde el recto á la válvula íleo-cecal, serían necesarios cuando menos, según las experiencias hechas en el vivo y en el cadáver, de 3 $^1/_2$ á 4 litros de líquido; y ya hemos visto que no inyectamos más de 1 $^1/_2$ litro de cada vez. ¿Puede admitirse que esta cantidad tan moderada de líquido pueda distender, dilatar, forzar las paredes intestinales?

Es también un error pretender que los lavados irritan la mucosa intestinal y aumentan el catarro. Este hecho podría, es cierto, producirse si se empleasen soluciones astringentes ó cáusticas; pero practicadas con agua cargada de sustancias emolientes, ó con aguas minerales débiles y con principios sedantes (Plombières) las enteroclisis no provocan ninguna irritación. La mejor prueba de ello es que jamás hacen arrojar flemas, mucosidades, á las personas que no tienen la costumbre de arrojarlas. Es una experiencia que yo he hecho repetidas veces en sujetos sanos ó atacados de constipación simple sin colitis concomitante, y siempre con el mismo resultado negativo. Cuando, pues, en los enfermos atacados de colitis se compruebe á consecuencia de los lavados una mayor cantidad de mucomembranas que de costumbre, esto depende de que las mucosidades acumuladas en el intestino y allí estacionadas después de algún tiempo son expulsadas en mayor abundancia bajo la influencia de la irrigación y no creadas por ésta; son productos antiguos de los que el enfermo se desembaraza para su provecho, y no productos de irritación segregados bajo la influencia de la enteroclisis.

El último reproche que se ha hecho á los lavados es el de sostener y aun de acrecentar la atonía del intestino, y contiene un poco más de verdad que los anteriores. Yo creo, sin embargo, que este inconveniente se presenta rara vez, atendido á que en la mayor parte de los enfermos la tonicidad intestinal está ya abolida cuando se comienza á tratarles por los lavados; nunca mueven el vientre espontáneamente, y sólo consiguen la evacuación del intestino por una dosis diaria de aceite de ricino ó de cualquiera otro laxante; por consecuencia, en tales enfermos la atonía intestinal no tiene por qué ser *provocada ni aumentada* por la enteroclisis, puesto que ya era intensa antes de su empleo. Suponiendo que en algunos enfermos en los que no está suspendida toda la tonicidad, y que de tarde en tarde espontáneamente defecaban antes del empleo de los lavados, si éstos les producen la curación del catarro (y todas las consecuencias que engendra: dolores, fenómenos nerviosos, reflejos, etc.), aunque lleguen á abolir lo poco que subsista de la función de la defecación,

este sería un inconveniente mínimo al lado de las ventajas del método.

Yo deduzco, pues, que el empleo razonado y persistente de la irrigación intestinal es el método de elección á emplear para el tratamiento de la colitis, y que la mayor parte de las objeciones que se le han hecho carecen de valor y son imaginarias; la sola que es real no se aplica más que á número restringido de enfermos. El número de casos en los que la enteroclisis no da resultados ó va acompañada de ligeros inconvenientes no pasa ciertamente de un 20 por 100, según mi estadística; en los 80 por 100 restantes la enteroclisis produce un descanso y alivio considerable á los enfermos, que acusan después de su uso una sensación de bienestar característica; ella asegura la evacuación del contenido intestinal con el mínimum de inconvenientes; les libra de todos los productos de fermentación y de secreción que les embarazan y les intoxican; cura la mucosa, agota á la larga el catarro, y, por último, cuando la enfermedad empieza á decrecer, no impide nunca la restauración y el retorno de la función de defecación. Me parece fuera de duda que el médico tiene, por deber estricto, de ensayar antes de cualquier otro método, proceder terapéutico que cuenta en su activo éxitos en la proporción de cuatro quintos, y además de esto es cuando falla completamente inofensivo (no he de repetir nada sobre los casos, de hecho excepcionales, de intolerancia absoluta; para ellos ya hemos visto que no hay que insistir, y debe abandonarse el método después de haber comprobado la intolerancia).

III. *Curas termales.*—El tercer método á poner en práctica en el tratamiento de la colitis crónica es una cura termal juiciosamente escogida. Plombières y Châtel-Guyon son las dos estaciones balnearias que en Francia se reparten los enteríticos.

Su composición es, sin embargo, bien diferente: Châtel-Guyon posee fuentes templadas (27 á 33° c.), bicarbonatadas, clorurado-sódicas y magnesianas, ferruginosas, ligeramente laxantes y bastante excitantes. Plombières, por el contrario, posee fuentes hipertermales (hasta 72° c., término medio 50° c.), bicarbonatadas y silicatado-sódicas, ligeramente arsenicales; sus aguas eran conocidas desde la más remota antigüedad en el tratamiento de las afecciones reumáticas y de la diarrea de origen artrítico ó de origen tropical; su empleo para el tratamiento de la colitis muco-membranosa es más reciente, así como el conocimiento de esta enfermedad. Relativamente á la acción directa sobre el intestino, la ingestión del agua de Plombières en bebida no produce ni constipación ni diarrea; sin embargo, se observa generalmente después de la cura disminución de la constipación. Además, el baño de Plombières es profundamente se-

dante del sistema nervioso; los lavados descongestionan y modifican la mucosa intestinal. Es á esta triple propiedad (acción antireumática general, sedación nerviosa y descongestión local) que las aguas de Plombières deben sus éxitos crecientes en la colitis—enfermedad que es preciso no olvidar es esencialmente de origen nervioso y artrítico.

Plombières ataca especialmente el origen del mal, la constitución del sujeto que modifica. Por el contrario, Châtel-Guyon es, quizá, un poco más eficaz contra el síntoma constipación propiamente dicho. Por lo que yo aconsejaría enviar sobre todo á Châtel-Guyon los enfermos que tienen constipación simple, sin ó con muy poco catarro intestinal de enteritis concomitante. Siempre que el catarro es intenso, que los fenómenos dolorosos, nerviosos ó neurasténicos son pronunciados, Plombières es preferible. En cuanto á las formas diarreicas, la duda no es permitida; son, ante todo, justiciables de Plombières.

Una de las grandes ventajas de Plombières, sobre la cual debo todavía insistir, es la instalación perfecta en este establecimiento de los aparatos para irrigación intestinal. Estos aparatos, establecidos hace ya algunos años según mis indicaciones, se componen esencialmente de una cama acolchonada, perforada, al nivel de una cubeta destinada á recoger las materias fecales, y de un recipiente cilíndrico de bastante capacidad en comunicación directa con los reservorios del agua termal. Este recipiente, provisto en su parte inferior de un tubo de caoutchouc, sobre el cual se adaptan las cánulas de los enfermos, es movible á lo largo de una escala graduada que sirve para medir la presión. Lleva sobre su parte exterior un termómetro comprobado muy sensible, y un nivel de agua graduado en litros, medios litros y cuartos de litro. Todas las condiciones de presión, cantidad y temperatura pueden así ser escrupulosamente regladas por el médico, ejecutadas por el empleado encargado del aparato y cumplidas por el enfermo.

Estos aparatos han sido imitados en otros establecimientos balnearios franceses, pero están menos perfeccionados, y su empleo es mucho menos bien reglado que en Plombières.

Así, para resumir, Châtel-Guyon es, ante todo, una estación balnearia en donde se bebe, y una estación de tratamiento interno; Plombières, una estación de tratamiento externo (baños y lavados intestinales); la bebida allí es completamente accesoria; Châtel-Guyon reclama, sobre todo, los atónicos, los constipados simples; Plombières, los nerviosos, los dolorosos de vientre, los diarreicos y los constipados con enteritis marcada.

En general, los enfermos atacados de enteritis muco-membrano-

sa se encontrarán bien haciendo, ante todo, una ó dos estancias en Plombières para calmar los fenómenos dolorosos, los espasmos, el estado catarral; luego, si la constipación no ha cedido al mismo tiempo, se les enviará más tarde á Châtel-Guyon para vigorizar el intestino y el organismo en general.

Una de las grandes ventajas de Plombières, además de la acción sedante poderosa ejercida por el baño general sobre el sistema nervioso y de la acción local producida por las irrigaciones intestinales, es la de enseñar precisamente al enfermo á practicar correctamente la enteroclisis, que prontamente ejecutará con facilidad cuando vuelva á su casa: hace de esta suerte el aprendizaje por la enseñanza que se le da, por la repetición constante de la misma operación, por la imitación y conversaciones con los otros enfermos; de igual modo que en un sanatorio, el tuberculoso llega á comprender la importancia, y se da cuenta del valor práctico de la cura por el reposo y la aireación continua.

Kissingen, en Alemania, goza también de cierta reputación en el tratamiento de las enfermedades intestinales: sus indicaciones y composición (aguas clorurado-sódicas frías) son bastante análogas á las de Châtel-Guyon; ejercen, sobre todo, una acción tonificante general y local; se las emplea exclusivamente en bebida y en baños; los lavados intestinales son allí desconocidos.

Por último, Vichy y Carlsbad pueden también ser empleados, pero con mucha prudencia. Yo considero como un error (demasiado frecuentemente cometido) enviar á esos establecimientos de aguas los casos habituales de colitis, y he visto muy á menudo enfermos que les ha probado mal: esas estaciones balnearias no convienen más que á los casos en los que hay trastornos gástricos ó hepáticos marcados, existiendo relación con las perturbaciones intestinales; se puede entonces hacer alternar una cura en Vichy ó Carlsbad con una cura en Plombières ó Châtel-Guyon.

***

Tales son los tres principales elementos, verdadero tipo de terapéutica del tratamiento de la enteritis muco-membranosa. Como se ve, son sólo medios higiénicos. En efecto, los medicamentos propiamente dichos no tienen grandes éxitos en esta enfermedad; son casi siempre ineficaces y algunas veces nocivos (tales como el hierro, las preparaciones á base de alcohol, etc.).

Sin embargo, es preciso combatir los fenómenos dolorosos que acompañan á la colitis, porque el enfermo pide ser aliviado. Se empleará con este objeto la belladona en forma de supositorios, ó tomada al interior en forma de píldoras (cinco, seis ú ocho centigra-

mos en las veinticuatro horas), ó también se harán fricciones en la pared abdominal, con la pomada mercurial belladonada si se quiere obtener un efecto puramente calmante, y con la trementina ó la tintura de iodo si se busca una acción revulsiva.

Anchas cataplasmas muy calientes, rociadas con láudano, colocadas en el vientre, calman también muy bien las crisis dolorosas; de igual modo, las aplicaciones de la bola de agua caliente ó de compresas empapadas en cocimiento de adormideras, cubiertas de tafetán impermeable y de vendas de franela. El cannabis índica atenúa los espasmos intestinales.

Una buena faja elástica será necesaria para sostener y mantener elevado el vientre en los enfermos que tengan enteroptose bastante marcada.

Contra los fenómenos de dispepsia que acompañan á la colitis se será muy sobrio de medicamentos, porque con frecuencia estos trastornos disminuyen y desaparecen á medida que el intestino mejora; sin embargo, se podrá emplear, según los casos, un poco de ácido clorhídrico ó los alcalinos, los amargos (nuez vómica, etc.) y los polvos absorbentes inertes (carbón, creta, magnesia).

EMBARAZO EXTRAUTERINO

Por el Dr. Policarpo Lizcano

Del Instituto Rubio
y jefe de la consulta de Ginecología de la Casa de Socorro de la Inclusa.

(CONTINUACIÓN)

Puede observarse en la historia-clínica anterior que se verificaron dos roturas de la trompa: la primera el 30 de Septiembre, con cohibición espontánea de la hemorragia, pero que determinó la muerte del embrión; la segunda el 15 de Octubre, á las dos semanas de ocurrir la primera, produciendo hemorragia interna pelviana y síntomas hematocélicos de carácter grave. Es decir, que la rotura primera tuvo lugar de la cuarta á la sexta semana de la gestación ectópica, y la segunda quince días después, ó sea hacia la octava semana.

Por medir el embrión 8 milímetros, longitud que corresponde á un mes de embarazo, entendemos que debió sucumbir en la primera rotura.

La oclusión de la trompa por las alteraciones de su mucosa (véase la microfotografía) confirman una vez más la opinión de los

autores sobre la importancia etiológica de tales lesiones en la producción del embarazo ectópico. (Final del caso clínico.)

Segunda mitad del embarazo.—Si por casualidad la gestación tubaria llega y pasa del quinto mes, se presentan los síntomas de embarazo normal con los signos de certeza. En efecto: aparte de los dolores abdominales intensos, metrorragias ó amenorrea persistente, la palpación descubre en el tumor periuterino partes fetales, y la auscultación ruidos cardíacos del mismo origen.

El *tumor fetal* de forma irregular está situado en uno de los lados de la matriz, á veces por detrás; si el quiste fetal es abdominal, suele estar en la fosa ilíaca y gozar la movilidad del útero grávido.

Otras veces el tumor, mate á la percusión, está fijo é inmóvil en la pelvis. Su consistencia se aproxima á la del útero grávido; pero puede ser mucho más firme.

Si el feto está vivo, se perciben las partes, que, según Pinard, no son tan superficiales como se dice, sino profundas. El peloteo se puede notar aun después de muerto el feto. Pinard lo ha comprobado seis semanas después de la muerte.

El útero se percibe hipertrofiado, cuyo aumento desaparece en los dos meses que siguen á la muerte del feto; se ve que es independiente del saco fetal.

También se notan ruidos fetales y soplo materno. Al tacto vaginal se percibe el reblandecimiento y dislocación del cuello, así como los caracteres del tumor fetal; á veces se nota la placenta. El cateterismo uterino esclarecerá la duda en ciertos casos.

Pseudo-parto ó parto frustrado.—Si el embarazo llega ó se aproxima á término, se presentan fenómenos que recuerdan los del parto normal, y á cuyo conjunto se ha dado el nombre de falso trabajo, caracterizándose principalmente por dolores abdominales intermitentes, acompañados de flujo sanguíneo, á veces de verdadera hemorragia.

Estos dolores expulsivos son debidos á la contracción del útero, como los del parto normal, como se ha comprobado en el curso de una laparotomía.

El falso parto, según Pozzi, se presenta en el momento mismo del término, rara vez prematuramente en el séptimo mes, y todavía más raro pasado el término de la gestación.

El cuello se entreabre ligeramente, pero no se borra. Si se aplica la mano sobre el tumor en el momento de los dolores, no se percibe contracción alguna. Al cabo de unas horas el feto sucumbe. Ordinariamente, estos fenómenos de falso trabajo no se repiten; otras veces, cuando la retención del feto muerto se prolonga, pueden volver muchos meses. (Ribemont.)

El falso trabajo dura de unas horas hasta una semana, y se expulsa durante él la caduca uterina, presentándose también la *subida de la leche* análoga á la del parto verdadero. Los dolores cesan, el feto muere y empieza el período de retención.

Otras veces se presenta la eclampsia (casos de Fargas y Gutiérrez).

Si el feto es de cuatro á cinco meses ó de término, es muy voluminoso para reabsorberse y no desaparece, haciendo las veces de un cuerpo extraño en el organismo materno.

Una vez cesados los fenómenos del falso parto, el feto está ya muerto, quedando constituído en *quiste fetal*. En estos casos disminuye de volumen el tumor, y se endurece por reabsorción del líquido amniótico y cesación de la circulación placentaria. El tumor adquiere la consistencia de los miomas. Al principio de constituirse el quiste pueden ocurrir dudas diagnósticas entre embarazo extrauterino y retención de feto muerto en gestación fisiológica. El examen físico demuestra que el tumor es extrauterino, pues el diagnóstico de embarazo se desprende del historial clínico. Cuando el quiste no contiene feto á término, falta el falso parto (Fargas) y hasta el diagnóstico previo de embarazo, diagnóstico en estos casos de probabilidad.

Poco á poco se reduce el quiste fetal, y después de un tiempo variable se restablecen las reglas y recobran su periodicidad ordinaria. La reaparición de las reglas al cabo de seis semanas ó dos meses, y su vuelta como en estado normal, tiene un valor absoluto. (Pinard.) Mujer que ha tenido síntomas de gestación dos meses antes, conservando vientre aumentado y con regla normal, son significativos de embarazo extrauterino; y si esta mujer asegura estar en cinta de ocho á nueve meses, se podrá afirmar, sin temor á equivocarse, que el feto ha sucumbido hace dos meses, á contar desde el momento de la reaparición de las reglas.

Muerto el feto y pasados seis meses, el soplo placentario desaparece, el útero evoluciona y se hunde en la excavación pelviana. Sólo resta el tumor formado por el quiste fetal. Es decir, que dos meses después de la muerte del feto, el aparato genital tiende á recobrar su forma fisiológica y á desempeñar sus funciones normales. Sólo el quiste fetal persiste, más ó menos modificado.

DIAGNÓSTICO

En los tres primeros meses. — Detención de las reglas uno ó dos meses, á veces sólo unos días; metrorragia, bien escasa y continua, abundante y brusca ó interna (hematocele); tumor en la

trompa, indoloro ó poco menos á la presión, algo movible, liso, unido al útero por un pedículo, de consistencia renitente, duro, rara vez fluctuante, acompañado de un ovario voluminoso. El útero sigue movible, aumentado de volumen, más ó menos doloroso á los movimientos. Los anejos opuestos están sanos; el cuello uterino, reblandecido. Unas veces existen y otras no los síntomas racionales del embarazo.

Gestación normal.—El útero no se desarrolla tanto en el embarazo extrauterino como en el normal; á los tres meses, en el embarazo fisiológico, el útero está á 9 centímetros por encima de la sínfisis, cuando en el ectópico está todavía en la excavación; su cavidad sigue vacía, y es fácil medirla con histerómetro. Al lado del útero se observa el tumor. En el normal las reglas suspendidas, siendo raro que en el ectópico exista amenorrea completa, sino que se modifican en su duración y periodicidad.

La sangre es negruzca, con pequeños coágulos y expulsión de la falsa caduca en el embarazo ectópico.

En la evolución del embarazo normal se observa el útero globuloso y de volumen proporcionado al tiempo de la gestación; el cuello, reblandecido; el ectópico ofrece el útero menos voluminoso, y, por el contrario, el tumor fetal sigue aumentando; y si queda estacionario, en seguida se manifiestan los signos propios de la muerte del feto.

Aborto uterino.—La metrorragia, los dolores cólicos expulsivos y la falsa caduca eliminada por el útero acarrean fácilmente la confusión con un aborto, sobre todo cuando éste sobreviene después de una detención de reglas; sin embargo, se observará que la caduca del embarazo ectópico no tiene cotiledones ni trazas de huevo; además, persiste el tumor periuterino, es decir, salpingiano, lo que aclara el diagnóstico.

Aparte de esto, en el aborto uterino el cuello se presenta más reblandecido y entreabierto, así como el cuerpo del órgano más voluminoso que en el embarazo ectópico.

Hematocele consecutivo al embarazo extrauterino.—La *anamnesia* es tan importante para el diagnóstico del hematocele, que muchas veces basta por sí sola para convencer al médico que se trata de dicha enfermedad, y en muchos casos dudosos el único medio que conduce al esclarecimiento del problema clínico.

Es frecuente que existan metrorragias irregulares, que aparecen después de una ó dos faltas menstruales; otras veces se inicia la hemorragia en el tiempo correspondiente á la menstruación; es decir, que no ha cesado la regla; quien manifiesta que el período último ha sido menos abundante que de ordinario.

Como el hematocele es causado por la interrupción de un embarazo extrauterino, ofrece un interés diagnóstico de primer orden todo signo de preñez ectópica.

Entre otros síntomas menos importantes, recordaremos tres que caracterizan el embarazo ectópico en los primeros meses, y que el médico los obtiene por el interrogatorio minucioso de la enferma.

Supresión de las reglas. — Goza de una importancia considerable, y se tiene por axiomático que no existe preñez ectópica sin alteración menstrual. La amenorrea es de uno, dos ó más meses; á veces se limita á un retraso de algunos días.

Dolor.—Síntoma constante, aparece durante ó después de la supresión menstrual; precede á la hemorragia, moderado por lo común, se localiza en el lado del vientre que corresponde á la trompa grávida. Unas veces el dolor es brusco, con tendencia al síncope, pero remite pronto; otras es intensísimo, produce el síncope, revelando que se ha verificado la ruptura de la trompa.

Hemorragia.—Por lo común, ofrece el tipo de pérdida continua de sangre oscura, con pequeños coágulos, rebelde al reposo y á todo tratamiento. También se observa con frecuencia una sola y abundante hemorragia después de una falta menstrual, con expulsión de trozos de membrana homogénea espesa y sin vellosidades (*falsa caduca uterina*).

Estos colgajos membranosos, la hemorragia y los dolores del bajo vientre, parecidos á los entuertos, hacen creer á la enferma que se trata de un sencillo aborto.

Por último, sobreviene la hemorragia interna, que se acompaña de síntomas más ó menos graves, y significa la ruptura del quiste fetal. Si la hemorragia es considerable dominan los fenómenos de inundación peritoneal, y dos de sus síntomas, la hipotermia y la decoloración de la piel y mucosas, adquieren un alto valor diagnóstico; si la pérdida sanguínea es moderada, los síntomas son menos graves, y bien pronto va seguida de la formación del hematocele.

El *hematocele difuso ó inundación peritoneal* puede confundirse con la apendicitis aguda, oclusión intestinal, la peritonitis, el cólico hepático, un envenenamiento, la rotura de un piosalpinx, de un absceso pelviano, etc., etc. Sin embargo, con un examen detenido podrán descartarse todas las causas de error; aparte del síndrome propio de las afecciones indicadas, debe utilizarse, para afirmar categóricamente el juicio diagnóstico de hematocele, los caracteres siguientes: en una mujer con síntomas de gestación aparece bruscamente dolor intenso en el abdomen, síncopes, enfriamiento, postración, vómitos, palidez de la piel y mucosas, metrorragia; en fin, un estado de muerte inminente.

Si estos graves síntomas no persisten, la enferma se repone del colapso, constituyéndose el hematocele intraperitoneal; y si el huevo ha sido expulsado por completo á través de la rotura, la enferma puede llegar á una curación espontánea. Mas si el huevo queda adherido á la tuba, los ataques se repiten con intervalos variables de uno á varios días, con la misma intensidad que el primero, siendo de advertir que los siguentes ataques suelen ser menos graves, porque los coágulos formados producen una hemostasia relativa.

Reconocido el vientre, se observa que llena gran parte de la cavidad abdominal un líquido que, por los fenómenos de anemia aguda que produce, pone fuera de duda se trata de una hemorragia abundante.

En las primeras veinticuatro horas el examen físico resulta casi negativo; en cambio á los tres ó cuatro días la sangre coagulada se colecciona en el fondo de Douglas, y puede distinguirse por el tacto vaginal. Si la rotura intraperitoneal se verifica en la segunda mitad del embarazo é interesa la zona placentaria, la anemia y el colapso son rápidamente mortales; si rasga otra zona, el dolor y el colapso son pasajeros, y el feto se percibe alojado entre las asas intestinales.

La coincidencia de estos accidentes bruscos y graves con los signos de preñez ectópica constituyen un cuadro clínico característico, patognomónico de la rotura de un quiste fetal y del hematocele consecutivo.

En la *apendicitis*, aparte de la triada apendicular (punto doloroso de Mac-Burney, defensa muscular é hiperestesia cutánea), existe fiebre, meteorismo y estreñimiento. La peritonitis por perforación presenta síntomas idénticos á la apendicitis aguda, contrastando con la apirexia, los mareos y la palidez general que ocasiona el hematocele.

La ruptura de un quiste ovárico, de un piosalpinx ó de un absceso pélvico se distinguirán del hematocele por los antecedentes morbosos que preceden á su explosión, si no fueran suficientes los signos característicos de anemia aguda que el derrame sanguíneo produce.

Hematocele enquistado.—Puede confundirse con numerosos estados patológicos, entre los cuales merecen citarse los siguientes:

Pelvi-celulitis.—Semblante íntegro, buena coloración de la enferma, pulso amplio, lleno, tenso, frecuente (110 á 115), con fiebre de 39° á 40°. Dolor gravativo, intermitente, en la profundidad de la pelvis, semejando á la neuralgia lumbo-sacra. Gastricismo, tenesmo vesical y más tarde rectal.

Como signos locales, son nulos en los dos ó tres primeros días, excepción de aumento de calor y sensibilidad en el fondo de saco

vaginal afectado. Después del cuarto día, puede ya notarse cierta pastosidad y hundimiento de la bóveda vaginal correspondiente, que entonces está más baja que el cuello uterino; esta prominencia inflamatoria está íntimamente unida al útero por dentro y á la pared pelviana por fuera.

Si la pelvi-celulitis interesa sólo la parte superior del ligamento ancho, *flemón alto*, no se aprecia nada por la vagina, pero á beneficio de la palpación bimanual se nota un empastamiento blando, doloroso, situado entre el útero, al que rechaza al lado opuesto, y la fosa ilíaca. El útero, el flemón y la fosa ilíaca presentan tan estrecha unión que forman un solo cuerpo.

Pelvi-peritonitis.—Facies pálida, ansiedad, brillantez de la mirada, disnea, pulso frecuente (140), contraído, pequeño, depresible, y ligera elevación febril, 38°; dolor agudísimo, superficial, que se exacerba con la presión; náuseas, vómitos y timpanismo, etc.

Como signos locales se aprecia los exudados en el fondo de Douglas, de consistencia blanda al principio, dura después; surco apreciable entre el cuello y el tumor; la desviación del útero siempre es hacia adelante, nunca lateralmente. Conforme avanza el proceso se observa una masa dura que rellena la pelvis y comprime los órganos, haciéndose difícil la determinación de las diferentes partes que se examinan.

En cambio de estos caracteres, el *hematocele intraperitoneal* se manifiesta por síntomas de hemorragia interna, abultamiento de vientre, poco doloroso é infebril.

Como signos locales se aprecia en el fondo Douglas líquido fluctuante en los primeros días, no la consistencia dura de las inflamaciones pelvianas. Luego se vuelve el exudado desigual, con *crujones*, ó sea porciones líquidas y coágulos.

La causa del hematocele es el aborto tubario; y la etiología de la pelvi-celulitis y pelvi-peritonitis hay que buscarla en infecciones puerperales, gonocócicas, traumatismos operatorios y antiguos padecimientos anexiales.

Fibroma de la cara posterior del útero.—Consistencia homogénea y dura desde el principio, de limitación más clara que el hematocele retro-uterino, no doloroso, de superficie lisa, á veces con dos ó tres lobulillos fibromatosos, falta de síntomas de preñez, evolución lenta y no brusca como el hematocele. Sin embargo, los casos de fibromas inflamados que determinan adherencias peritoneales y supuran, conducen fácilmente al error.

(Continuará.)

RESULTADOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

CONSIDERACIONES FINALES (1)

POR EL DR. M. MÁRQUEZ
Catedrático de Terapéutica y Oculista.

Resultados generales del tratamiento. Curabilidad é incurabilidad. Cómo el tratamiento modifica el pronóstico de las enfermedades.—La desaparición de la enfermedad, ya espontáneamente, ora por efecto del tratamiento, puede hacerse en el sentido de la curación ó el alivio ó en el de la muerte. La *curabilidad* é *incurabilidad* pueden, pues, ser absolutas ó relativas. La curabilidad absoluta, *restitutio ad integrum,* ó sea la vuelta á la normalidad orgánico-funcional, es un hecho poco común. Lo más frecuente es la curación *relativa* ó alivio, en la cual persisten algunas lesiones ya irreparables. La *incurabilidad absoluta* es la que resulta de la lesión en grado tal de órganos importantes para la vida, que ésta se hace imposible, tal como en una degeneración grasosa del corazón; la *incurabilidad relativa* es la que consiente alguna leve esperanza, como la tuberculosis pulmonar en último período, pues, aunque rara vez, dicen que se han dado casos de estacionarse ó de ligera mejoría primero y hasta de curación relativa después, sobre todo con ayuda de los recursos terapéuticos.

El grado mayor ó menor de incurabilidad depende de las lesiones que se hayan producido, porque no hay ningún remedio capaz de formar de nuevo órganos ni partes de órganos cuando ya se han destruído de un modo definitivo. Así es que los agentes terapéuticos deben tener por objeto principal impedir que por los progresos de la enfermedad se produzcan lesiones irremediables. Así, por ejemplo, si un goma sifilítico comprime un territorio nervioso, muere éste cuando la compresión es tan persistente que las células degeneran, y en tal caso ya no cabe curación, pudiéndose, á lo sumo, aspirar á suplencias funcionales por parte de otros territorios que permanezcan sanos; mientras que, habiendo administrado á tiempo el tratamiento específico, con la desaparición del goma antes de la destrucción definitiva de los elementos nerviosos (los cuales es sabido que no se regeneran), hubiéramos evitado dicha destrucción. La consecuencia de ello será que en el primer caso la función, total ó parcialmente, es abolida, mientras que vuelve á la normalidad en el segundo. Una caverna del pulmón podrá cicatrizarse, formándose un tejido nuevo; pero éste es impropio para la función, y aquel te-

(1) Del libro *Elementos de Terapéutica general,* recientemente publicado.

rritorio pulmonar es como si no existiese, y la hematosis será deficiente, á no ser que haya fenómenos de suplencia por parte de los otros territorios del pulmón correspondiente ó por los del opuesto. Cuando el tejido conjuntivo se ha desarrollado extraordinariamente á expensas de las células hepáticas, las cuales han degenerado, tenemos constituídas las cirrosis hepáticas, las cuales son incurables en la parte de lesiones que se hayan producido, pudiendo, á lo sumo, detenerse la marcha del mal é impedir que el proceso avance. Y como éstos, podríamos citar numerosos ejemplos.

Los esfuerzos de la ciencia para conseguir cada vez con más éxito la curación de las enfermedades no quedan estériles, pues aumenta cada día más el número de las enfermedades curables y disminuye la gravedad de las mismas. La sífilis y la viruela, por ejemplo, no son hoy ya lo que fueron: han perdido en virulencia acaso por una lenta vacunación á través de los siglos, mas también porque cada vez se precisa más su tratamiento. La difteria, que era hasta hace pocos años una de las infecciones más temibles, ha descendido considerablemente en mortalidad desde que Roux y Behring descubrieron su maravilloso suero. Las fiebres palúdicas, que el gran Sydenham llamaba *opprobium artis*, se curan admirablemente con la quinina, etc. En consecuencia, el pronóstico clínico (1) de las enfermedades es cada vez más favorable, como ocurre con las que se acaban de mencionar.

Del tratamiento como medio de diagnóstico.—La gran eficacia que algunos remedios tienen en ciertas enfermedades, como sucede, por ejemplo, con la quinina y el mercurio para el paludismo y la sífilis, respectivamente, se ha utilizado en la clínica como medio de diagnóstico en casos de duda, sirviendo el tratamiento como medio de toque del diagnóstico hecho, el cual puede así confirmarse ó desecharse.

En los casos dudosos no perderemos nada para pensar, por lo general, en la sífilis si se trata de casos crónicos, y en el paludismo, y á veces en el reumatismo, si de agudos, tratándolos, en consecuencia, con los medicamentos específicos correspondientes. En efecto: en caso de no tratarse de la afección que se sospeche, no se ha perdido nada, y en el caso contrario, puede obtener el enfermo grandes beneficios de esta conducta. Han sido muchos los casos en que un tratamiento antisifilítico ha dado cuenta de ciertos, al parecer, tumores que los cirujanos se disponían ya á operar y que han

(1) Hay dos clases de pronóstico: el *nosológico*, que se refiere á la enfermedad, dejándola evolucionar espontáneamente, y el *clínico*, cuando se hace uso de los recursos terapéuticos adecuados.

desaparecido sin necesidad del empleo de los recursos quirúrgicos.

Así es que jamás nos tendremos que arrepentir de esta práctica tan sensata.

Los éxitos, los errores y los fracasos terapéuticos.—En general, la institución de un buen tratamiento suele ir seguida de buenos resultados, mientras que, por el contrario, un tratamiento mal dirigido conduce, por lo común, á los mayores desastres.

Pero, en otras ocasiones, el plan más racionalmente dirigido no logra triunfar, mientras que otro empíricamente formulado, y á veces hasta por personas ajenas á nuestro arte, va seguido de éxito.

Son lecciones que nos da la experiencia para que no caigamos en el engreimiento, y que nos muestran lo falaz que es la ciencia humana.

Por otra parte, ¿quién es capaz de poder precisar la serie variada de circunstancias que influyen en cada caso determinado, haciendo que los enfermos mueran, *á pesar* del empleo más racional de nuestros remedios, ó se curen, *á pesar* también de la infracción de las reglas terapéuticas más elementales? Las gentes ajenas á la Medicina son incapaces de poder comprender esto, y juzgan sólo del saber del médico por los resultados que obtiene.

Los fracasos nos enseñan, además, á ser prudentes, y en particular con los remedios nuevos, para evitar lo que ocurrió con la célebre *linfa* de Koch, en la cual el célebre bacteriólogo alemán creyó haber encontrado el tratamiento de la tuberculosis, y que no produjo más que fracasos.

No olvidemos, en fin, que tras los elogios exagerados de un método terapéutico hay muchas veces un fin de lucro industrial manifiesto, y que ante todo esto hemos de estar apercibidos, si queremos tratar á nuestros enfermos como la conciencia y la humanidad exigen de nosotros.

Interpretación de los resultados obtenidos.—La lógica exige que procedamos con rigor al atribuir los efectos á un remedio determinado, no tomando en seguida por relaciones de causa á efecto las que pueden ser tan sólo de simple coexistencia ó sucesión. *El sofisma «post hoc ergo propter hoc», trasladado al terreno de la terapéutica, ha dado lugar á graves errores.* «Un hombre no es un caballo porque haya nacido en una cuadra», ha dicho con su habitual humorismo Lauder Brunton, con motivo de los accidentes de la anestesia quirúrgica; y así, de análoga manera, puede *durante* ésta ocurrir la muerte, sin que haya sido precisamente *á consecuencia* de ella. A propósito de esto mismo se cita el caso de un célebre cirujano que se disponía á ejecutar una talla, y cuando indicaba al auditorio la línea de incisión perineal que pensaba hacer, murió súbita-

mente el enfermo, por intenso choque moral. Ahora bien: ¿qué habría ocurrido si momentos antes se hubiese empezado á cloroformizar al enfermo? Pues indudablemente se hubiera juzgado, y al parecer con fundamento, que se trataba de un caso de síncope clorofórmico primitivo. Todo lo cual nos dice la cautela con que debemos proceder en nuestros razonamientos, teniendo presentes todas las circunstancias que puedan influir en los efectos de un remedio dado.

La lógica exige también que no abusemos del criterio de analogía, lo cual ocurre, sobre todo, al generalizar las aplicaciones de un remedio. Con motivo de esto, dice nuestro ilustre maestro el Dr. San Martín (1): «El cornezuelo de centeno, por ejemplo, entró en la materia médica como específico para excitar las contracciones del útero; luego se aplicó contra las hemorragias puerperales, efecto frecuente de la inercia uterina; hasta aquí nada hay criticable. Pero poco después se propuso para las hemorragias uterinas por pólipos, cáncer, etc.; de aquí á las hemorragias de otros órganos no hay más que un paso, y el cornezuelo de centeno es un hemostático universal. Todavía podría pasar la analogía; mas he aquí que se le recomienda en los flujos blancos uterinos y en todos los catarros, como en todas las hemorragias, suponiendo cómodamente que, si detiene la sangre, también debe detener el moco. Hay más aún: el cornezuelo de centeno, se había dicho, obra en el útero, estimulando probablemente el sistema nervioso; luego podrá ser eficaz en las parálisis: así, pues, el cornezuelo de centeno, específico uterino, ha llegado á ser hemostático, anticatarral y nervioso universal (Forget). Cualquiera creería suficientemente explotado el humilde hongo parásito de la gramínea en cuestión; pero aun se le encomia como medicamento termotáxico, es decir, moderador de la temperatura febril.»

Y este caso se ha repetido muchas veces en Medicina, llevando gradualmente desde conclusiones racionales á otras totalmente disparatadas.

No abusemos tampoco de los datos de experimentación, como con lamentable frecuencia suele hacerse; porque si son innegables los servicios que nos prestan para resolver y aclarar multitud de problemas, no hay que deducir al pie de la letra que lo que ocurra, por ejemplo, en la rana ó en el conejo ha de ocurrir en el hombre, pues ni aun siquiera puede á veces predecirse que lo que suceda en el hombre sano sucederá también en el enfermo. En esto hay que tener presente que la experimentación en los animales dará sus verdaderos frutos tratándose de la acción de los agentes sobre aquellos órganos y funciones que sean esencialmente los mismos en todos los

(1) *Estudios de materia médica física*, Madrid, 1880, pág. 15.

seres vivos, y aun así, no dejará de haber sus diferencias de detalle, mientras que los resultados diferirán enormemente cuando los hechos se refieran á órganos y funciones muy diferenciados, y que, por lo tanto, varían considerablemente de unos animales á otros. Así, por ejemplo, la acción sobre los leucocitos es un fenómeno en cierto modo uniforme en la escala de seres, pero no lo es la acción sobre los centros nerviosos.

En cuanto á la diferencia entre el sano y el enfermo, recordemos los casos ya citados de la quinina en el paludismo y del mercurio en la sífilis, pudiendo además citar la acción diurética de la digital, discutida en el sano, en el que, en todo caso, es muy limitada, mas perfectamente clara en el cardíaco hiposistólico, por variar las condiciones dinámicas de la circulación, á causa del empleo de dicho agente, el cual, en realidad, no *aumenta* la cifra de orina, sino que más bien *restablece* la que estaba disminuída por el hecho de la enfermedad.

Manejemos bien la estadística, porque es arma útil ó que daña considerablemente, según el acertado ó erróneo uso que de ella hagamos. Cuando se apoya en hechos ciertos, numerosos y bien observados, en igualdad de circunstancias, recogidos por observador experto y verídico, es preciosa, llegándose con ella á conclusiones de valor inestimable. Cuando, por el contrario, los hechos son dudosos ó falsos, manejados por observadores poco inteligentes ó inventados por gentes poco escrupulosas, conduce á resultados deplorables contra la verdad científica.

El ilustre terapeuta inglés Brunton, para ridiculizar las estadísticas defectuosas, recuerda los cálculos de Marc-Twain sobre la frecuencia relativa de los casos de muerte en el lecho y en los caminos de hierro. Las estadísticas demuestran que los casos de muerte en la cama, con relación á los que ocurren en el ferrocarril, son centenares de miles de veces más frecuentes; de donde dedujo Marc-Twain que el que desee vivir mucho tiempo debe tomar un abono perpetuo al ferrocarril, y pasar su vida exclusivamente en viajar, evitando cuidadosamente un sitio tan peligroso y tan fatal como el lecho.

Las malas estadísticas son frecuentes por ignorancia ó mala fe, no debiendo olvidar el discípulo que los que inventan hechos falsos, por afán de lucro ó de notoriedad, producen perturbaciones considerables en la marcha del progreso científico, contribuyendo á difundir el error en perjuicio de los intereses de los enfermos. Por esto, si la mentira es siempre repugnante, lo es aún mucho más en Medicina, en la que llega á ser un crimen de lesa Humanidad.

Como resumen de nuestras observaciones y de nuestros razona-

mientos, hay que catalogar los resultados en categorías, ya entre los de indudable *certeza*, pocas veces lograda por desgracia; ora entre los de mayor ó menor *probabilidad*, ya, en fin, entre los de *duda* ó *ignorancia* completa, porque sólo de este modo podremos llegar á consecuencias de algún valor y que merezcan ser tenidas en cuenta en la marcha general del progreso científico.

Deontología terapéutica.—No basta con perseguir la verdad científica; es preciso que busquemos en el bien moral, al ejercer la práctica terapéutica, la satisfacción del cumplimiento de todos nuestros deberes.

Ante todo, y conforme á uno de los párrafos del juramento del gran Hipócrates, proclamemos alto que *el bien del enfermo debe ser el ideal supremo del terapeuta;* y si el médico puede ser más ó menos complaciente con los que le rodean, desde el momento en que alguien intentase algo que pudiera dificultar ó retardar la curación, debe mostrarse para ello completamente inflexible y no olvidar que al haber depositado el enfermo en sus manos la salud y la vida, debe él hacerse merecedor de tan honrosa confianza.

Son indignos, por el contrario, los que deliberadamente prolongan las enfermedades; siendo aún más criminales los que administran drogas abortivas que atentan contra la vida de un sér inocente, á la vez que en ocasiones también contra la de la misma madre, por lo que, con razón, en el juramento hipocrático figuraba la promesa solemne de no incurrir en tan grave delito. Y no hay palabras con que censurar á los que hacen experimentos en sus semejantes, pues nadie está autorizado para disponer de la vida de otro, aunque sea en nombre de tan altos ideales como los del progreso científico. Por tales motivos, los que, abusando de la confianza que en ellos depositaron los enfermos, han ensayado en éstos remedios peligrosos y hasta la inoculación de terribles dolencias, como la tuberculosis, el cáncer, etc., aunque fuera con el fin de curar otras, han despertado siempre las censuras más enérgicas. ¿No se ha llegado por algunos cirujanos hasta perforar la matriz, tan sólo por el placer de demostrar que contando con una asepsia rigurosa se trata de un acto inofensivo, levantando la noticia tempestades generales de protesta? La mejor norma de conducta deberá ser, en tales casos, la máxima cristiana «no hagas á tu prójimo lo que no quisieras que hiciesen contigo», para lo cual el médico debe ponerse mentalmente en el caso del enfermo ó suponer que éste es un sér querido, procediendo en consecuencia.

Así como hemos condenado enérgicamente la experimentación en el hombre (sin que esto quiera decir que en él dejen de ensayarse los nuevos remedios, previas ciertas condiciones que después

diremos, y sin lo cual no habría progreso posible), es de aplaudir y merece toda nuestra gratitud la conducta altruísta de los médicos que han practicado la autoexperimentación en bien de la Ciencia. Rabuteau ensayando muchos medicamentos nuevos hasta morir intoxicado; Galippe ingiriendo compuestos de cobre mezclados con los alimentos para demostrar la escasa toxicidad de dichos cuerpos; Mehierhofer y Nobiling tomando varios días tártaro emético hasta ver aparecer fenómenos graves; diez y seis médicos de Viena haciendo lo mismo con la belladona, y cuyos resultados publicaron Schneller y Flechner; y, en otro orden de ideas, Peter embadurnando su garganta con productos diftéricos, pretendiendo demostrar la naturaleza no contagiosa de la enfermedad... y tantos otros, merecen, por su abnegación, recuerdo imperecedero.

Evítese el charlatanismo, que consiste en pregonar por el anuncio, de que tanto se abusa al presente, ó por otro cualquier recurso, las excelencias de los remedios, prometiendo curaciones milagrosas con fines de lucro industrial; húyase, asimismo, de exagerar la gravedad del pronóstico en afecciones benignas para achacar luego el éxito al acierto en la intervención terapéutica; de cambiar sin escrúpulo, y sólo por el afán de notoriedad, las prescripciones hechas por médicos concienzudos; del abuso de los términos técnicos y del lenguaje afectado y ampuloso, así como de la seriedad y del silencio, «atributos que, á pesar de su origen asnal, obran entre las gentes como signos sagrados de sabiduría» (Letamendi), y, en fin, de todo lo que directa ó indirectamente conduzca á exagerar la importancia de los servicios prestados, explotando la credulidad del vulgo. Tales defectos se hallan, por desgracia, muy extendidos, contribuyendo á ello lo encarnizado de la lucha por la vida, á la vez que la influencia desmoralizadora que en los flacos de espíritu ejercen los éxitos deslumbrantes que en fortuna y consideración social adquieren algunos sujetos. Mas conviene que el discípulo sepa que muchas veces á los éxitos más ó menos ruidosos del principio suceden fracasos no menos resonantes, como consecuencia de haber prometido más de lo que se podía cumplir; que en otras, la sanción penal alcanza á los hechos punibles, y que, de todos modos, llega el desprestigio ante el público y, lo que es aún más grave, ante sí propio, siendo la conciencia tan terriblemente acusadora, que Letamendi ha dicho que «es la única clase de aflicción moral para la que no ha sabido discurrir jamás ningún consuelo».

Evítense el servilismo y los actos depresivos de la dignidad médica.— El médico, en funciones de tal, no debe descender á bajos papeles ni á situaciones depresivas; y siendo su misión la de curar ó aliviar los sufrimientos humanos, debe desentenderse de todo lo

que sea ajeno á esto. Así es que, por ejemplo, los que pretenden suprimir arrugas ó canas y los que administran drogas con el fin de restablecer el apetito genésico, para siempre extinguido por la edad ó los excesos, podrán ser en tales casos unos industriales explotadores de las flaquezas ó debilidades humanas, pero no están á la altura de la noble misión del médico. Mas aun tratándose de actos verdaderamente terapéuticos, tampoco debe el médico, por lo general, ocuparse en la ejecución material ó mecánica de ciertos menesteres que deben llevar á cabo los allegados del enfermo, á no ser que de su acertada ó errónea ejecución puedan derivarse malas consecuencias para el enfermo.

«Cuando un albañil tropieza con una dificultad de su oficio, el ingeniero no tiene la obligación de tomar la paleta y la llana; pero ante un practicante que no puede sangrar ó que afeita mal una región herida ó delicada, el doctor no desciende, antes se encumbra manejando con éxito la lanceta ó la navaja» (1).

Guárdese el secreto profesional.—Dejando aquí á un lado esta importantísima cuestión, que es para tratada con toda su amplitud en otro sitio, debemos decir que hay sobre todo ciertas enfermedades que, por su naturaleza, exigen determinados tratamientos. Al terapeuta toca ser discreto, eligiendo los remedios y formas más á propósito para mantener el secreto, y no revelando á los extraños el tratamiento empleado, para que no deduzcan por éste la enfermedad de que se trata. Hasta en la receta misma puede despistarles, poniendo, por ejemplo, en vez de mercurio, hidrargirio, etc.

Y, en fin, *no se cometa jamás la crueldad de desahuciar á un enfermo*, pues si á sus allegados debemos decir la verdad, al enfermo hay que engañarle caritativamente, no revelándole su estado de gravedad, lo cual es inhumano y hasta brutal, á la vez que aparta al médico de la hermosa misión consoladora, que jamás debe abandonar.

En corroboración de lo expuesto, transcribimos á continuación las siguientes palabras del elegante escritor Dr. Tolosa Latour (2), hablando de los tuberculosos: «Siendo la naturaleza tan compasiva con el tísico, que de su propio aniquilamiento hace surgir fuerzas psíquicas extrañas que producen consoladoras esperanzas..., la Ciencia, en nombre del interés personal y colectivo, le dice lo que cree verdad salvadora; á saber: que está envenenado por un bacilo, cuya presencia puede reconocer en sus esputos..., que es un sér peligroso al que hay que aislar y someter á régimen en un sanatorio..., á la vez que en éste se le cierran las puertas, convencidos (los médicos) de la

(1) San Martín: *Curso de Patología quirúrgica*, Madrid, 1888, pág. 20.
(2) *El Siglo Médico*, 1904. *¿Contra la tuberculosis ó contra los tuberculosos?*

ineficacia del tratamiento, y ante el temor de que fenezca, emborronando la estadística. Y si en los propios lugares donde, según dicen, está todo dispuesto para recibirle se le cierran las puertas, ¿dónde irá? ¿Qué esperanza le daremos? ¿A quién volverá los ojos el desdichado, sino á otro mundo más caritativo donde no haya sanatorios? Tratarlos tan seca y cruelmente será acaso científico, pero nunca humano.»

La introducción de remedios nuevos y el progreso terapéutico.— El número de agentes que en la actualidad se consideran como remedios es verdaderamente abrumador, y á primera vista puede parecer extraño que se piense aún en buscar otros. Es que, como ha dicho Huchard, la aparente riqueza de medicamentos encubre una pobreza real de medicaciones; y si es verdad que hay cierto número de los primeros, que son definitivas adquisiciones en la lucha contra la enfermedad, hay otro inmensamente mayor, cuya utilidad es muy problemática, y ante los cuales el médico se encuentra, como hace observar Guimbail (1), en la situación de un hombre poseedor de gran número de monedas que no circulasen.

El progreso en Terapéutica ha de consistir, pues, más que en encontrar nuevos recursos, en hallar nuevas *direcciones* en que emplear, ya los conocidos de antiguo, ora los que nuevamente se descubran; advirtiendo que por la precipitación con que un gran número de remedios, especialmente los químicos ó medicamentos, han sido introducidos en la práctica, sin merecerlo tal vez, antes de hacer con ellos las debidas comprobaciones experimentales, y por la misma precipitación con que otros han sido desechados, acaso injustamente, sin que tampoco haya habido tiempo de juzgarlos, se impone la revisión experimental y clínica de un gran número de los mismos. Para ello habrá que hacer, según las prescripciones de Bouchard, en primer término, el estudio experimental en el animal sano y en el enfermo, para tantear los equivalentes tóxicos y terapéuticos; después, con muchas precauciones y á dosis mucho menores, en el hombre sano, y, por último, en el hombre enfermo. Esto en lo que se refiere á medicamentos; que en lo que respecta á otras clases de remedios: físicos, mecánicos, biológicos, es imposible atenerse á reglas fijas. Digamos, sin embargo, que por el camino de los sueros y de los recursos biológicos parece que es por donde se ha de hallar la solución de importantes problemas terapéuticos en enfermedades infecciosas y de la nutrición general, como hace prever el descubrimiento de las citoxinas y anticitoxinas. Asimismo las corrientes van en el sentido de localizar cada día más las intervenciones, como hizo

(1) *La Thérapeutique par les agents physiques*, Paris, 1900, pág. 8.

notar Bouchard en el Congreso del Cairo, lográndose de este modo una acción más eficaz sobre la parte enferma, á la vez que suprimir, en cambio, acciones colaterales molestas para los restantes órganos.

Y sin perjuicio de que los hombres de ciencia sigan haciendo todas las tentativas racionales que les sugiera su buen deseo, no hay que olvidar que hoy todavía, como en los tiempos más primitivos de la Historia de la Medicina, de la casualidad puede surgir cualquier día, sin buscarle, un descubrimiento trascendental, como para demostrarnos que la Naturaleza no se sujeta á nuestros cálculos, y que sólo lentamente y en retazos va dejándose arrancar sus secretos.

Como resumen general de las consideraciones que acabamos de hacer, referentes á la interpretación de los resultados obtenidos y á la deontología terapéutica, diremos que las dos grandes aspiraciones del médico pueden condensarse en estas dos frases de Julio Simón: *Verdad en la Ciencia*, *Moralidad en el Arte*.

REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

Anestesia.

La anestesia prolongada por las mezclas de oxígeno y de cloruro de etilo. *(La Semaine Médicale,* Enero 1908.)

MM. P. Rosenthal y A. Berthelot han podido confirmar, en numerosos ensayos hechos en animales, que con la mezcla de cloruro de etilo y oxígeno, empleando su procedimiento, puede prolongarse la anestesia durante una hora ó más, sin que jamás se presenten accidentes, á pesar de haber practicado las intervenciones más variadas.

La fase anestésica verdadera ha sido siempre obtenida muy rápidamente, siendo tranquila y el despertar pronto.

El cloruro de etilo en la sangre en el curso de la anestesia.
(Academia de Ciencias de París. Sesión del 6 de Enero de 1908.)

Según las indagaciones hechas con este anestésico por MM. L. Camus y Nicloux, resulta que pasa con gran rapidez á la sangre, elevándose en ciertas condiciones su cantidad considerablemente, sin ser dañoso al organismo por ser la eliminación posible en un tiempo extremadamente corto.

También aseguran dichos señores que, haciendo la narcosis metódicamente, ofrece una gran seguridad, pues aunque se presentan fenómenos de intoxicación, éstos ceden á la respiración artificial, que tiene excepcional eficacia.

La muerte de los niños en la anestesia clorofórmica.
(*Le Monde Médical*, Enero 1908.)

De los trabajos presentados por el Dr. Robinson á la Academia de Ciencias, resulta, por comprobaciones cadavéricas, que la hipertrofia patológica del timo ha sido siempre la causa de estos fracasos.

Anestesia mixta por la escopolamina, morfina y cloroformo.
(*Revista de Especialidades Médicas*, 1 Febrero 1908.)

M. Cazin (de París) ha empleado este procedimiento en 245 operaciones, inyectando medio miligramo de escopolamina y medio

centigramo de morfina una hora antes de comenzar la cloroformización. Los resultados han sido excelentes, y, según dicho autor, este procedimiento es superior al uso de cloroformo solo, creyéndolo indicadísimo en los sujetos impresionables, pues la emotividad es sustituída por una especie de apatía que les deja indiferentes á cuanto les rodea. No obstante, hace constar los peligros de este anestésico empleado á mayores dosis, como son: su acción deprimente sobre el corazón, lentitud del pulso, que en algunos casos desciende hasta 48 y aun 40 pulsaciones por minuto. Recomienda, para evitar estos accidentes, que no se pase nunca de la dosis de medio miligramo, y puede disminuirse la dosis, si se obtiene el efecto deseado, hasta un cuarto de miligramo.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

Cirugia del aparato digestivo.

La dilatación aguda del estómago como complicación post-operatoria; tratamiento, por Jeff Miller. (*New Orleans med. and Surg. J.*, Febrero 1908.)

Entre las complicaciones inesperadas que pueden sobrevenir después de las operaciones quirúrgicas, hay pocas tan graves como la dilatación aguda del estómago. Según las últimas estadísticas (Simpson, Kayser), ocasiona la muerte en más del 70 por 100 de los casos.

Se manifiesta por tres síntomas constantes: vómitos, dolor y distensión abdominal. Los vómitos líquidos son rara vez abundantes. El síndrome puede conducir al colapso más ó menos rápidamente mortal.

El tratamiento puede resumirse en pocas palabras: diagnóstico precoz, á fin de proceder á la evacuación y lavado rápidos del estómago; posición del enfermo adecuada para suprimir la compresión intestinal, y estimulación de los emuntorios.

El diagnóstico precoz es esencial para el éxito del tratamiento, porque los casos mortales son mucho menos frecuentes cuando se instituye al principio. Cualquiera que sea la causa que ha ocasionado la dilatación, la primera indicación es vaciar completamente el estómago por el sifón y continuar los lavados á intervalos regulares.

No se debe dar nada por la boca; los alimentos y los líquidos deben ser administrados en lavativas. La pérdida considerable de líquidos puede ser compensada por inyecciones salinas.

La mayor parte de los casos son debidos á obstrucción del duodeno, por lo que es necesario poner en relajación el intestino comprimido. En muchos casos la posición que se ha hecho tomar al enfermo

ha dado muy buenos resultados; si se puede, debe hacérsele adoptar la genu-pectoral. Se han referido casos en los cuales esta posición durante quince minutos, cada dos ó tres horas, ha bastado para hacer desaparecer los accidentes.

El tratamiento operatorio, ejecutado con el fin de remediar una obstrucción eventual, no ha dado resultados animadores. Se ha preconizado la gastro-enterostomía si la dilatación acaba en el píloro, y la duodeno-yeyunostomía si el duodeno estaba interesado. El desagüe del estómago por fístula ó gastro-yeyunostomía parecía racional; pero el colapso es tan rápido, que toda operación parece ser ejecutada demasiado tarde.

Cáncer del páncreas y de las vías biliares; ensayo de diagnóstico diferencial. Tesis de Lyon, 1907. (*Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, núm. 8, 1908.)

En este trabajo, inspirado por el Dr. Devic, se propone buscar los pequeños signos que permiten diferenciar la neoplasia de las vías biliares de la del páncreas.

Las doce observaciones recogidas en los hospitales de Lyon no hacen, desgraciadamente, más que confirmar la opinión de Frederichs: «Las neoformaciones de esta clase no pueden ser diagnosticadas durante la vida». En efecto, el debut es el mismo en los dos casos: ictericia, trastornos digestivos, caquexia. Llegada la afección al período de estado, se percibe la vesícula al tacto, con mucha frecuencia en el cáncer de las vías biliares, casi siempre en el del páncreas; el hígado, muy grueso en el primer caso, es menos voluminoso, pero más duro, en el segundo. Y lo mismo el bazo: en el cáncer de las vías biliares es el bazo de las cirrosis, cuya hipertrofia es reconocida con facilidad por percusión y palpación; en el del páncreas permanece poco voluminoso y no puede ser percibido sobre el vivo.

Bard y Pic conceden mucha importancia á la evolución de la temperatura; la hipotermia parece ser la regla absoluta en las neoplasias de la cabeza del páncreas, en tanto que en la de los canales biliares se mantiene en los alrededores de 37°; á veces hay algo de infección y aun sube algunas décimas de grado. En los sujetos débiles la hipotermia indica el principio del período preagónico.

En 1906 Chauffard recomendaba el examen cuidadoso de la pared abdominal y delimitaba sobre ella una zona denominada pancreático-colédoca, en que se puede buscar el tumor pancreático. La profundidad de los órganos impide, desgraciadamente, reconocer si el páncreas ó los canales biliares son la causa. Tampoco puede basarse sobre la marcha de la caquexia. Casi siempre el hígado está gravemente atacado, y sus funciones hematopoyéticas y antitóxicas dis-

minuídas ó abolidas. Con frecuencia hay generalización hepática, como en los demás cánceres de la cavidad abdominal.

En resumen, examinando con cuidado el hígado, el bazo, la vesícula, y vigilando diariamente la curva de la temperatura, se llegará á presumir el diagnóstico, pero raramente afirmarlo. Sin embargo, si la neoplasia asienta por encima de la confluencia colédoco-hepato-cística, se tendrán menos probabilidades de equivocarse.

DR. R. L. Y YAGÜE

Cirugía general.

Quistes hidatídicos del húmero; decolación del hombro: curación, por el Dr. D. Víctor Escribano García, Catedrático de Operaciones de la Facultad de Medicina de Granada.

En la *Gaceta Médica del Sur de España* (5 de Enero de 1908) publica este distinguido cirujano la historia de una enferma de quiste múltiple del húmero, haciendo á propósito de ella unas reflexiones clínicas que la dan un gran interés por su carácter práctico. De ella tomamos los datos más salientes.

Una mujer de veinticinco años, sin antecedentes hereditarios ni patológicos de importancia, sufre una caída y, por efecto de ella, la fractura del húmero por el tercio medio. Varios intentos de curación fracasan en esta enferma, que se presenta al Dr. Escribano con una pseudoartrosis flotante. No pudiendo explicarse la falta de consolidación por ninguna de las causas que la determinan (interposición de fibras musculares, defectos de vendaje, etc.), se determinó abrir el foco de fractura y practicar la síntesis ósea; y al poner al descubierto el hueso, salió un líquido claro, lechoso, que se comprobó era líquido hidatídico, apreciando después que el conducto medular estaba lleno de numerosas hidátides. El tejido esponjoso, también invadido por hidátides, estaba perforado en algunos puntos. La extensión del proceso, que llegaba hasta el cartílago articular, impidió toda resección, y hubo que acudir á la decolación del hombro, con lo que curó la enferma.

Después de atinadas consideraciones clínicas, el autor hace las conclusiones siguientes:

Hay que añadir un caso más á los diez y seis conocidos de quistes hidatídicos humerales.

Las particularidades más interesantes de esta observación, primera que se hace en España, según nuestras investigaciones, son:

Evolución lenta é insidiosa, sin aumento de volumen del húmero y con atrofia muscular.

Fractura del húmero afecto por el tercio medio, no espontánea, sino consecutiva á un violento traumatismo.

Infiltración parasitaria difusa y total del húmero por innumerables y pequeñas hidátides.

Generación exclusivamente endógena en todas las hidátides, comprobada escrupulosamente con el microscopio.

Gran cantidad de detritus, formados por membranas rotas y alojadas en el conducto medular, juntamente con líquido de aspecto purulento.

Ausencia de secuestros.

Localización estrictamente humeral de las hidátides, á pesar de la fractura antigua, que pudiera haberlas sembrado por las partes inmediatas al foco de la solución de continuidad. Se exceptúan las dos ó tres vesículas dispuestas á lo largo de los vasos humerales y axilares.

Patogenia clara y bien comprobada.

La profilaxis de la infección quirúrgica por la inmunización preventiva, por Guido Lerdo. (*Giornale della R. Academia di Medicina di Torino*, Septiembre-Octubre-Noviembre 1907.)

En un extenso y razonado trabajo presentado á la Real Academia, se ocupa el autor de todo lo que se ha hecho en este sentido y del resultado de sus investigaciones personales.

Después de citar las tentativas hechas para evitar las infecciones post-operatorias, sumando á los medios ordinarios la producción de leucocitosis por agentes químicos (solución fisiológica, ácido cinámico, ácido nucleínico, etc.), aumentando así las defensas orgánicas, ó por aplicación de la hiperemia pasiva de Bier para prevenir las supuraciones post-operatorias y traumáticas, dice que el método racional debe ser la inmunización preventiva del operado.

En el curso de su trabajo, y antes de abordar la cuestión, se pregunta «si es posible determinar preventivamente cuál podrá ser el agente específico de la infección post-operatoria»; y aunque no se puede contestar afirmativamente, demostrado por una larga serie de estudios que, en la inmensa mayoría de casos, la infección es debida á estreptococos y estafilococos, se debe tender á suprimir la causa más frecuente y peligrosa.

Un punto á discutir es si la inmunización ha de ser activa ó pasiva; las dos tienen sus ventajas é inconvenientes. La pasiva se obtiene de un modo rápido, sin fenómenos generales, pero es pasajera. La activa, que es más segura, tiene sus peligros y tarda en alcanzarse de ocho á diez días.

Estudia el Dr. Guido Lerdo, haciendo un juicio crítico, las tentativas que se han realizado para alcanzar la inmunización para estafilococos, estreptococos y otros agentes de infección y supuración; da cuenta detallada de sus investigaciones, verificadas principalmente en conejos; y concluye deduciendo de todo ello que es posible obtener en poco tiempo un grado notable de inmunidad contra estreptococos y estafilococos inoculando una mezcla de cultivos esterilizados de estos agentes. La inmunidad obtenida tiene carácter polivalente.

La práctica de tal inoculación no trae mayores trastornos que los ocasionados cuando se trata de prevenir la peste, el cólera, etc., y no ve razón que permita presumir seriamente que sea menos eficaz que aquéllas aplicadas en gran escala.

Las inoculaciones contra estafilococos y estreptococos constituyen una útil integración del proceso de asepsia ahora en uso, que no consigue desechar de un modo absoluto el peligro de una infección.

Sólo una larga experiencia clínica, dice, podrá dar conclusiones definitivas sobre el valor profiláctico de esta inoculación, que cree tendrá una profusa aplicación en el campo de la traumatología; pero merece atención preferente todo lo que tienda á acrecentar la resistencia contra los agentes más frecuentes de la infección quirúrgica.

DR. PALLARÉS

Ginecología.

Desinfección de las manos, por el profesor Ahlfeld, de Marburgo. (*Münchener med. Wochenschr.*, 1908, núm. 1.)

En la Sociedad Médica de Marburgo se ha discutido una comunicación del profesor Ahlfeld, en la que da cuenta de sus últimas investigaciones acerca de la desinfección de las manos, y en ella plantea la cuestión de cuándo ésta puede considerarse perfecta para que permita practicar, sin escrúpulo de conciencia, una intervención quirúrgica ú obstétrica, si las manos han estado antes en contacto con gérmenes virulentos. Según las referidas investigaciones, para destruir ó hacer desaparecer las bacterias que sólo han tocado la superficie de las manos durante corto tiempo, basta lavar éstas cuidadosamente con agua caliente, jabón y cepillo, secándolas luego con una toalla ó paño limpio. Si esta limpieza se completa lavando las manos con alcohol, empleando cepillo y franela, se consigue hacer desaparecer los gérmenes de la superficie de las manos y en muchos casos hasta de las porciones profundas de la piel.

Estas investigaciones demuestran la necesidad de que todo mé-

dico, ya en la práctica particular, ya en la hospitalaria, desinfecte sus manos del modo últimamente descrito, siempre que haya tocado materia infectada, y entonces no tendrá que emplear guantes de goma para una intervención quirúrgica ú obstétrica. El profesor Stöckel cree, sin embargo, que los experimentos de Ahlfeld, aunque muy instructivos, no justifican una confianza tan absoluta; y piensa que después de la desinfección por el agua caliente, el jabón, el cepillo y el alcohol, deben emplearse los guantes de goma. En la consulta particular de Ginecología usa un guante para todo reconocimiento, pues ha confirmado que, una vez acostumbrado el dedo, conserva la sensibilidad táctil más completa.

A pesar de las investigaciones de Ahlfeld, seguimos hace años desinfectando las manos para las intervenciones más corrientes y sencillas, y en la asistencia tocológica, con el agua caliente, jabón y cepillo, después con alcohol, y por último con solución de sublimado al 1 por 1.000; y si la intervención es una laparotomía, aun lavamos las manos con solución concentrada de permanganato de potasa, antes del alcohol.

Tratamiento del aborto incompleto, por el Dr. Mangin.
(*La Gynécologie*, Marzo 1908.)

El Dr. Mangin, en este trabajo, critica la *expectación armada* que generalmente se aconseja en el aborto incompleto, y se muestra partidario del tratamiento verdaderamente activo.

Desde que se confirma la muerte del embrión ó del feto, y las contracciones del útero no se determinan normalmente ó desaparecen, cree que se debe intervenir y vaciar el útero lo más pronto posible, sin esperar á que lo indiquen una hemorragia grave ó la aparición de accidentes infecciosos. La intervención puede realizarse con anestesia local.

Dice que en el aborto natural puede ser aún permitida la expectación armada durante uno ó dos días; pero cumplido este tiempo sin expulsar el huevo, debe procederse á su extracción y aun á la de los restos flotantes de caduca que hayan quedado retenidos después de la expulsión natural y completa de la placenta. En el aborto provocado, tan expuesto á complicaciones, es de opinión de intervenir en seguida, procediendo á la evacuación inmediata del útero, después de practicar la dilatación extemporánea, por medio de las cucharillas bien esterilizadas, lo que prefiere siempre al raspado con el dedo. Desinfección de la cavidad, drenaje, y luego inyecciones antisépticas repetidas. Aplicación de hielo al vientre.

En caso de hemorragia grave, inyección intravenosa primero y subcutánea después de suero artificial.

Si hay infección, debe recurrirse además á la inyección intravenosa de colargol ó de electrargol; y en caso de existir una peritonitis, la colpotomía posterior con desagüe; y si la peritonitis es generalizada, se harán aberturas en la pared abdominal y se establecerán desagües.

Hace muchos años que seguimos la práctica aconsejada por el Dr. Mangin en el aborto incompleto, cuando después de dos días de reconocida muerte del embrión ó feto no se completa la expulsión. Después del segundo mes solemos emplear la pinza de falso germen para extraer éste, dilatando previamente el cuello si no lo estuviera, y luego practicamos una limpieza de la cavidad con la cucharilla roma, lavado con solución de lisol y taponamiento intrauterino ó desagüe con gasa iodofórmica al 10 por 100, esterilizada. Así evitamos muchas desagradables complicaciones.

DR. GUTIÉRREZ

Neurologia y Electroterapia.

El origen del facial superior en el hombre, por C. Parhon y J. Minca. *(Presse Médicale,* 17 Agosto 1907.)

Esta interesante cuestión del diferente origen real de las ramas superior é inferior del facial, tan discutida y que á tantas doctrinas é interpretaciones se ha venido prestando desde que se demostró en el terreno clínico la independencia funcional de dichas ramas, parece que viene á quedar resuelta en el estudio que de ella hacen los autores con ocasión de un caso clínico observado en una mujer de setenta y dos años, en la que las fibras del facial izquierdo habían quedado destruídas por un tumor cerebral.

Del referido interesante estudio han podido llegar á establecer las conclusiones siguientes:

El origen del facial superior está representado por el primer grupo dorsal del núcleo del séptimo par. Forma parte, por consiguiente, del núcleo común del facial tanto en el hombre como en los animales.

Los núcleos óculo-motores, comprendiendo en éstos la porción situada en la depresión del haz longitudinal posterior, no envían fibras al tronco del nervio facial.

La explicación de esos casos de atrofias de origen nuclear, con conservación de las funciones del facial superior, no debe buscarse en una localización de esta rama en un sitio distinto del núcleo del tronco común. Esta particularidad se explica fácilmente teniendo en cuenta que el grupo celular que le sirve de origen, si bien forma parte del núcleo común, está perfectamente circunscrito, y sus

células no se mezclan nunca con las de las otras ramas del facial.

Hechos semejantes, si bien se considera, se observan con frecuencia en las poliomielitis agudas ó crónicas, en las que ciertos músculos conservan su integridad absoluta ó relativa, mientras que otros se encuentran muy atrofiados. Y terminan los autores sospechando que la razón de estos hechos resida acaso, tanto para los núcleos de los nervios craneanos como para los de los nervios raquídeos, en una cierta autonomía de sus vasos sanguíneos.

Tratamiento radioterápico de la leucoplasia lingual no sifilítica, por el Dr. St. Leduc. (*Archives d'Électricité médicale,* 1907, núm. 207.)

Por tratarse de una afección que hasta el presente ha sido considerada incurable, tienen verdadera importancia las observaciones de Leduc. El autor ha tenido ocasión en este último año de tratar, por medio de la radioterapia, tres casos de leucoplasia lingual no sifilítica, que databan de más de diez años y habían sido refractarias á todas las medicaciones: arsénico al interior, cauterizaciones repetidas con el nitrato de plata, etc., obteniendo en los tres una completa y rápida curación. El procedimiento consistió en hacer pasar la lengua por el orificio de un embudo truncado hecho con una hoja de estaño, sometiendo la lesión, al mismo tiempo que el resto de la lengua, á la influencia de las radiaciones. En el primer caso se hizo una sesión muy corta, sólo de dos minutos, colocando el anticatodo á 20 centímetros, y con un tubo semiblando. Tres semanas después no había ni trazas de la leucoplasia; sin embargo, á instancias del mismo enfermo se repitió la aplicación, quedando completamente curado. Los otros dos casos fueron tratados de la misma manera y con idéntico éxito.

Dr. E. Vilches

Osteo-artropatías.

Tuberculosis inflamatoria y raquitismo tardío, por el Dr. Poncet. (*Bulletin de l'Académie de Médecine,* 1907, núm. 33.)

El raquitismo tardío puede manifestarse como recidiva en un raquitismo infantil, y entonces su etiología es clara. Pero existe un raquitismo tardío primitivo que sería producido, según Poncet, por un reblandecimiento inflamatorio.

Cuando los gérmenes flogísticos se atenúan considerablemente, darían lugar á simples reblandecimientos; y según la teoría de Poncet, aún no comprobada, tal raquitismo tardío primitivo quizás fuese manifestación de una tuberculosis atenuada.

Toda deformidad ósteo-articular en la pubertad, como escoliosis, coxa-vara, genu-valgum y pie plano, serían sospechosas de tuberculosis; suposición de gran trascendencia para la profilaxis y terapéutica de dichas lesiones.

Estudio de setecientos cincuenta casos de fractura de los huesos largos de las extremidades inferiores, y especialmente de las causas que retardan la consolidación, por Paul Luther, Boston. (*Med. and Surg. Journal*, 1907, Eng. 22, pág. 255.)

Las principales conclusiones de este trabajo estadístico son las siguientes:

1.ª Las fracturas en los fémures son cuatro veces más frecuentes en el hombre que en la mujer.

2.ª Las fracturas en los fémures son proporcionalmente más frecuentes en los niños que en los adultos.

3.ª La vejez en sí no es fundamento para que las fracturas consoliden tardíamente.

4.ª El mayor número de consolidaciones tardías corresponden á fracturas oblicuas y conminutas.

5.ª Hay que buscar en las condiciones locales la causa del mayor número de consolidaciones tardías, tales como interposición muscular ó mala colocación de los fragmentos.

6.ª Las enfermedades constitucionales rara vez causan un retardo en la consolidación.

La percusión como medio curativo en las pseudartrosis, por el Dr. Schäffer, Giessen. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1907, núm. 41.)

En dos casos de pseudartrosis de la tibia, de cuatro y siete meses de antigüedad, consiguió Schäffer una rápida consolidación de los fragmentos mediante el masaje de la parte afecta y la percusión de ésta hecha con el borde cubital de la mano. Según el autor, pudo notarse en uno de los pacientes una disminución del acortamiento. El buen resultado obtenido en estos casos induce á Schäffer á recomendar calurosamente el método.

Tratamiento por la fibrolisina, por el Dr. Becker, Salzschlirf. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1907, núm. 43.)

El autor ha conseguido buen resultado con la fibrolisina en el tratamiento de dos casos de contractura de los dedos, tipo Dupuytren, y en dos casos de rigidez articular de la rodilla y de los dedos, consecutivos á retracciones cicatriciales.

En un caso de deformidad por reumatismo crónico articular en una mujer de cincuenta y cuatro años no dió resultado.

Las inyecciones de fibrolisina fueron en número de siete á diez y nueve, y se colocaron en los músculos glúteos en los dos casos de contractura Dupuytren, no usándose ningún otro tratamiento.

Los dos casos de retracción cicatricial habían sido anteriormente tratados por todos los medios corrientes, sin resultado positivo. Las inyecciones de fibrolisina curaron dichos casos.

DR. A. LÓPEZ DURÁN

Vías urinarias.

Tratamiento de la incontinencia de orina por el método de suspensión por los pies, por el Dr. Nauwelaers. (*La Clinique des Hôpitaux de Bruxelles*, Noviembre 1907.)

Este procedimiento consiste, como indica su enunciado, en mantener el cuerpo durante algunos minutos en posición vertical invertida, ó sea con la cabeza hacia abajo.

El niño es suspendido de una barra horizontal por medio de un ancho lazo que rodea el tobillo. En donde da más resultados, al decir de su autor, es en la incontinencia nocturna esencial, y advierte que no se cuente con éxitos en edades inferiores á tres años.

Podría pensarse que la curación sería debida á sugestión por el miedo que produce la posición; pero, descartada cuidadosamente, hay que hacer intervenir otros factores: la suspensión produce modificaciones circulatorias de cerebro, medula y vísceras; elongación de la columna vertebral, de medula y raíces nerviosas; cambios en la estática de los órganos abdominales, y, por consiguiente, acción sobre el simpático, plexos nerviosos abdominales y plexo hipogástrico.

El procedimiento está exento de peligros y es de sencilla aplicación.

De la cistitis en individuos afectos simultáneamente de estrechez y de hipertrofia prostática, por el Dr. Hamonic. (*Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*, París, Enero 1908.)

A pesar de que en estos casos la acción morbosa más intensa sufrida por la vejiga corresponde á la hipertrofia prostática, existe una doble retención urinaria completa ó incompleta, dependiente, de una parte, de la hipertrofia prostática, y de otra, de la estrechez. El hecho que domina la anatomía patológica de estos casos complejos es la dilatación de todo el árbol urinario, que se efectúa lenta y

progresivamente, estando bajo la dependencia exclusiva de la alteración prostática y constituyendo una predisposición morbosa.

Dos casos pueden presentarse:

1.° Convencidos de la existencia de una estrechez, se procede á la dilatación. El instrumento no está absolutamente aséptico; la flegmasía vesical se presenta: es, pues, la dilatación la responsable; obrando á su vez sobre la próstata, determina un episodio congestivo, y he aquí que esta glándula, que sólo tenía un papel secundario en la retención, va á dominar la escena y á oponerse absolutamente á la salida de orina.

La retención, que será completa en la mayor parte de los casos, aumenta la cistitis.

Resumiendo: la estrechez en los prostáticos puede ocupar el primer lugar entre las causas de retención. Si la dilatación va seguida de cistitis, la próstata aumenta de volumen, dominando el cuadro sintomático.

2.° Caso contrario: un exceso, fatiga, el frío, congestionan la próstata activamente, con exclusión de la estrechez ó no determinando sobre ésta más que mínima influencia. La próstata hipertrofiada es, en efecto, más sensible á estas causas nocivas que la estrechez. La glándula tumefacta exagera el obstáculo á la emisión de orina, y viene la retención; la vejiga, contrayéndose, lucha, se irrita y acaba por inflamarse. Aquí la próstata es la sola culpable, importando mucho establecer este hecho para no relacionar el origen de la retención con la estrechez.

Entre estos dos extremos existen intermedios en los que la próstata y la estrechez tienen más ó menos influencia, que es preciso determinar para darle su justo valor. Es cosa sabida que en los estrechados la retención de orina se presenta de un modo brusco y repentino; en estos enfermos la vejiga es poco voluminosa, y esta misma cualidad de integridad relativa le da la facultad de reaccionar enérgicamente contra el obstáculo.

Lo contrario sucede en los prostáticos: gracias á la dilatación progresiva y lenta de su aparato urinario, la vejiga acaba por poseer una capacidad que permite acumular gran cantidad de líquido; de manera que la hipertrofia prostática es una especie de correctivo de la estrechez uretral, bajo el punto de vista de los síntomas de la retención.

Por un lado, la hipertrofia prostática determina distensión pasiva de la vejiga, condición favorable á las inflamaciones.

De otro, la estrechez provoca una sobreactividad funcional de la fibra muscular vesical, una irritación continua del reservorio, circunstancia predisponente de la cistitis.

De todo lo expuesto se deduce que, en todo estrechado de edad un poco avanzada, se debe investigar por tacto directo y exploración uretral completa el estado de la próstata.

DR. CARLOS NEGRETE

TRABAJOS DE LABORATORIO

Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

Sueroterapia de la fiebre tifoidea, por el Dr. Chantemesse.—Bericht ueber den XIV Internationalen Kongress für Hygiene und Dermographie. Berlín, 1907. Band. I (extracto).

Mortalidad tífica en los hospitales civiles.—La estadística de mortalidad tífica debe fundarse, para ser exacta, en un gran número de casos, en un largo período de tiempo y en que se hayan aplicado los nuevos métodos diagnósticos. Téngase en cuenta que las epidemias de dotienentería son muy variables en virulencia.

Con estas bases, y del estudio de los registros oficiales de los hospitales de París, resulta:

1.° Que la mortalidad media por fiebre tifoidea, desde el 1.° de Abril de 1901 á 31 de Julio de 1907, ha sido el 17 por 100.

Y 2.° Que en cada hospital ha pasado del 12 por 100.

La estadística en globo de la mortalidad tífica en París (comprendiendo los niños) fué, en igual período de tiempo, de 18 por 100.

La del hospital del Instituto Pasteur, de 20 por 100.

La de los hospitales de Lyon en los últimos años, de 14 por 100.

Estas estadísticas son referentes á enfermos no tratados por el suero antitífico.

El término medio de la mortalidad por fiebre tifoidea, comprobada ésta por el suero-diagnóstico ó por la hemocultura, y tratada por el suero antitífico y los baños semifríos, es el siguiente:

De 1901 á 1907: 1.000 casos del Dr. Chantemesse; 4,3 por 100 de mortalidad.

Servicio de niños del Dr. Brunon (Rouen): 100 casos; mortalidad, 3 por 100.

Servicio de niños del Dr. Josias (París): 200 casos; mortalidad, 4 por 100.

Mortalidad en estos servicios antes de la sueroterapia: de 10 á 12 por 100.

Hospital de Val-de-Grâce: antes del empleo del suero antitífico, se asistieron durante seis años 648 enfermos, con mortalidad de 10,6

por 100. Tratados por el suero, 90 casos, con mortalidad de 5,5 por 100.

Según Chantemesse, deben atribuirse tales resultados al empleo del suero antitífico.

Modificación de los síntomas.—La evolución de la fiebre tifoidea se modifica por la influencia del suero, presentando dos períodos, uno de reacción y otro de defervescencia.

En el primero, que dura de algunas horas á cinco ó seis días, no baja la fiebre ó baja poco; á veces aumenta; después decrece bruscamente. En este período no experimentan los enfermos la sensación de bienestar que aparece al principio del segundo. Al principio de éste puede existir hipertermia; pero el enfermo se encuentra bien, tiene apetito y orina mucho.

Al terminar el período de reacción, y á veces algunas horas después de la penetración del suero, se modifica el aspecto de la cara. Un enrojecimiento difuso sustituye á la palidez, el estupor disminuye ó desaparece, las manos se colorean y se calientan, las uñas se tiñen de rosa. Estas modificaciones vaso-motrices periféricas persisten hasta la convalecencia.

Cuanto más pronto se use el suero, tanto más favorables y rápidas serán las modificaciones impresas á la evolución de esta enfermedad.

Cuando el suero obra tardíamente, entendiéndose por esto más la gravedad de los síntomas que el número de días transcurridos, los resultados son menos favorables. El suero no hace desaparecer rápidamente, ni las lesiones de las células nerviosas, ni las alteraciones necrosantes de las túnicas del intestino ya existentes.

Algunas horas después de la inyección se eleva la presión sanguínea de un modo persistente; así es que no es necesario el empleo de tónicos cardíacos. Solamente en los tratados tardíamente fué necesario emplear las inyecciones de esparteína.

En general baja la frecuencia del pulso al mismo tiempo que la temperatura; y sólo por excepción, en los casos de reacción intensa aumenta pasajeramente, sin que por esto indique mal pronóstico.

La cantidad de orina aumenta; y así como en la fiebre tifoidea ordinaria no aparece la poliuria más que en la convalecencia, en los casos inyectados con suero aparece al cabo de algunas horas, alcanzando á veces la cantidad de 4 y 5 litros. Cuando antes de la inyección existe albúmina, no tarda en desaparecer con el suero, siendo raro que los enfermos que no tenían albúmina antes de poner éste la tengan más tarde en el curso de la enfermedad.

En los días siguientes á la inyección aumenta en un cuarto á un tercio el número de leucocitos de la sangre, para volver á los pocos

días á la normal; el aumento relativo en polinucleares es pequeño y decrece hasta la convalecencia, en tanto la cifra de mononucleares aumenta desde el día siguiente de la inyección, y sigue una marcha inversa de la de los polinucleares neutrófilos. Los mielocitos neutrófilos, cuya presencia es constante en los tíficos en período de estado, vuelven rápidamente después de la inyección á las condiciones normales. Por el contrario, el número de los grandes mononucleares crece paralelamente al de los mononucleares ordinarios. En fin, los eosinófilos, ausentes de la sangre de los tíficos en el período de estado, aparecen rápidamente, y en ocasiones desde el día siguiente á la inyección.

Después de la inyección aumenta el bazo uno ó dos centímetros en el diámetro transversal y uno en el vertical.

La convalecencia de los enfermos tratados pronto es rápida. Pero téngase en cuenta que pueden recidivar, aunque excepcionalmente, al cabo de dos ó tres meses, por reviviscencia del bacilo tífico. Esta posible persistencia de dicho bacilo en el cuerpo de los tíficos se manifiesta en ciertas formas de osteítis ó periostitis post-tíficas. También en estas lesiones produce una rápida curación la inyección de sólo una gota de suero en el centro de la lesión, en pleno periostio ó en el hueso.

De entre las complicaciones, la perforación intestinal es la menos protegida por la inyección, pero depende principalmente de la época en que se emplea el suero. Chantemesse asocia á éste las inyecciones de nucleinato de sosa desde que aparecen los dolores abdominales. El resultado, bueno.

Óculo-reacción diagnóstica.—Chantemesse aplica á la fiebre tifoidea el fundamento científico empleado por Pirket y Wolff-Eisner para diagnosticar la tuberculosis. Por este procedimiento se hace un diagnóstico de fiebre tifoidea más precozmente que con el suero-diagnóstico y la hemocultura.

El procedimiento de obtener la toxina y preparar el reactivo ocular es como sigue:

Se siembran bacilos tíficos virulentos en gelosa y se llevan á la estufa durante diez y ocho ó veinte horas. La capa de bacilos desarrollados se desprende por la adición de 4 ó 5 c. c. de agua esterilizada, y se recogen en tubos. Estos se calientan á 60° centígrados al baño-maría para destruir la vitalidad de los microbios. Se centrifuga, se decanta el líquido y se desecan los bacilos en el vacío. Obtenida así una masa microbiana, se tritura mucho tiempo y con cuidado en un mortero de ágata.

Sean, por ejemplo, tres gramos de polvo de bacilo seco y triturado; se facilita la trituración agregando un gramo de NACl. En

esta cantidad de polvo triturado cuidadosamente durante dos ó tres horas, se vierte desde el principio, gota á gota, 5 ó 6 c. c. de agua destilada estéril, y se continúa la trituración; poco á poco se sigue agregando agua, hasta un total de 100 gramos para los tres de polvo. Este líquido se vierte en dos ó tres tubos grandes, que se colocan durante dos horas en un baño-maría á 60°. Se dejan depositar los bacilos durante dos días y sin sacudidas, sometiéndolos todos los días á 60° durante media hora. El líquido se decanta, y debe ser casi transparente. Si contiene flocones, se somete á la centrifugación. Mezclado poco á poco con una cantidad de alcohol absoluto diez veces mayor, debe ser débilmente opalino. Al cabo de poco tiempo se forman nubes en esta mezcla, que se dejan depositar durante tres horas. Se decanta el alcohol, y el coágulo que gana el fondo del vaso se pone rápidamente á secar en el vacío. Así se obtiene una masa amarilla, que se tritura finamente en un pequeño mortero de ágata. Cuando se quiere utilizar este polvo, se disuelve lentamente en agua, triturándolo. La proporción es de $^1/_5$ á $^1/_2$ miligramo por una gota de agua, ó sea de 8 á 10 miligramos por un centímetro cúbico de agua, cantidad necesaria para hacer la óculo-reacción diagnóstica en 20 personas. El polvo se conserva bien en un matraz tapado. La disolución de este polvo amarillo en las gotas de agua debe ser hecha con cuidado, y el líquido debe ser opalino y desprovisto de grumos.

Modo de aplicación. Resultados.—De la disolución dicha se coloca una gota en el saco conjuntival inferior, empezando la reacción al cabo de dos ó tres horas por enrojecimiento, sensación de calor, lagrimeo, y posteriormente por la formación de un ligero exudado fibrinoso. El máximum de reacción corresponde á las seis ó diez horas.

La acción de la toxina tífica no es específica, pues produce reacciones oculares en personas sanas y en otra clase de enfermos. Lo que caracteriza y da valor á la óculo-reacción tífica es que para la cantidad ya indicada presentan los tíficos y los convalecientes de esta enfermedad mayor sensibilidad que los otros. Además, en los verdaderos tíficos dura la reacción de dos á cuatro días. La reacción, para ser positiva, debe persistir de un modo claro al cabo de veinticuatro horas. Las consecuencias ulteriores son nulas.

Modo de preparación y acción fisiológica del suero antitífico.—El suero que emplea Chantemesse se obtiene de caballos inmunizados por inyecciones venosas de una emulsión de bacilos tíficos virulentos, ó por inyecciones subcutáneas de toxina tífica soluble.

La toxina tífica soluble se obtiene cultivando bacilos tíficos muy virulentos en caldo hecho con bazo de buey, y poniendo la siembra

en contacto con el oxígeno. Al cabo de siete días se recoge la toxina en pequeños matraces, se calienta á 55° y se centrifuga. El líquido decantado presenta como propiedad principal gran toxicidad y resistencia al calor.

Las inyecciones al caballo suelen hacerse distanciadas, porque cada una produce gran elevación de temperatura; por tanto, la inmunización es muy lenta. Los mejores sueros se han obtenido de caballos que estaban en vías de inmunización desde algunos años antes.

Las propiedades del suero varían según el tiempo transcurrido entre la sangría y la última inyección de bacilo ó toxina. Próximamente á los veinte días es cuando el suero tiene mayor poder preventivo. Según Chantemesse, el suero se conserva bien, aun al cabo de tres años, con tal de que esté en sitio frío y al abrigo de la luz y del oxígeno.

La dosis empleada para obtener las modificaciones en la enfermedad es de algunas gotas por inyección.

La acción de una inyección dura próximamente diez días, y rara vez pone una segunda, salvo cuando la enfermedad se prolonga. La segunda inyección debe ser la mitad de la primera, pues produce una tumefacción edematosa que desaparece en algunos días. La inyección es subcutánea.

El suero antitífico inyectado en la vena de la oreja de un conejo sano, en dosis treinta ó cuarenta veces superior á la del hombre, no produce trastorno alguno.

Los cobayas que han recibido debajo de la piel dos centímetros cúbicos de suero antitífico resisten una dosis de bacilos tíficos que matan á los cobayas testigos.

El mecanismo de la sueroterapia tífica puede comprenderse por los hechos siguientes: El bazo y la medula ósea de los conejos que no han recibido más que la toxina tífica presentan al cabo de algunas horas una congestión sanguínea intensa. Los mismos órganos, en animales que han recibido suero y toxina, también se tumefactan, pero no por congestión sanguínea, sino por hipertrofia del tejido linfoide y mieloide. Iguales procesos se nota en idénticos órganos en las autopsias de tíficos tratados por el suero.

Por la influencia del suero se produce en estos enfermos gran actividad en los glóbulos blancos para englobar y destruir los bacilos de Eberth. Esto es un fenómeno de opsonización, cuya marcha puede seguirse investigando diariamente el índice opsónico de los enfermos tíficos sometidos á la sueroterapia.

La curva del índice opsónico es variable. En las formas benignas, y antes de la inyección del suero, el índice opsónico es de 2,10.

Al día siguiente de la inyección aumenta, hasta alcanzar el máximum al cuarto día. Después baja algo, pero queda por encima del índice normal, no sólo durante la convalecencia, sino también en el primer mes de la curación.

En las formas graves no tratadas por el suero, el índice opsónico es débil al principio; después de la inyección, y durante los tres ó cuatro primeros días, se eleva bruscamente. Del cuarto al duodécimo día desciende el índice opsónico, pero quedando siempre mucho más elevado del que existía antes de la aplicación del suero.

Como se supone que el suero obra destruyendo los bacilos tíficos, es conveniente no inyectar más que pequeñas cantidades en las formas graves; así se evitará un aumento de intoxicación ya existente.

A. López Durán

Sobre la coloración del bacilo tuberculoso, por Martín Hermán, Director del Instituto de Higiene y Bacteriología. (*An. de l'Inst. Pasteur*, 25, 1908.)

El autor da cuenta de un procedimiento de coloración de los bacilos de Koch, tanto en los cortes como en los frotes de esputos, exudados, etc., por medio del cual se pueden descubrir bacilos que no se han hecho visibles por los métodos de Koch, Ehrlich y de Munch. Consiste en la coloración de las preparaciones por medio del cristal violeta (violeta de metilo 6B), empleando como mordiente el carbonato de amoníaco.

Las soluciones se preparan de la manera siguiente:

A.	Carbonato de amoníaco	1 gramo.
	Agua destilada	100 —
B.	Cristal violeta	3 —
	Alcohol etílico al 95 por 100	100 —

Como decolorante se emplea el ácido nítrico al 10 por 100 y el alcohol etílico al 95 por 100.

La técnica es la misma para los cortes que para los frotes. Los cortes, colocados en el portaobjetos, se llevan sobre la platina caliente del baño-maría hasta que se evapora el agua, en cuyo caso quedan adheridos al cristal; entonces se depositan sobre el corte seis ú ocho gotas de una mezcla compuesta de una parte de la solución colorante por tres del mordiente.

Se deja sobre el baño-maría hasta la producción de vapores: á partir de este momento, un minuto después es suficiente la coloración.

Desde entonces el corte es tratado como un simple frote, por estar adherido suficientemente al vidrio para sufrir las siguientes operaciones: se sumerge durante algunos segundos en una cubeta ver-

tical, que contiene ácido nítrico al 10 por 100; después en otra semejante llena de alcohol. La diferenciación es completa cuando el corte ha tomado un tinte azul muy pálido. Entonces se lava con agua abundante para quitar el exceso de reactivo decolorante. Durante este tiempo, que debe durar al menos dos ó tres minutos, se eleva ligeramente el tono de la preparación.

Se escurre, y sin previa aclaración se deseca al baño-maría y se monta en el bálsamo.

Si se quiere diferenciar el fondo de la preparación, se sumerge durante medio minuto en una solución de eosina al agua al 1 por 100, ó en otra tintura apropiada. Pero la doble coloración es inútil, porque este procedimiento es únicamente un procedimiento de investigación del bacilo tuberculoso. Si la estructura del tejido así tratado es alterada, se encontrarán, por el contrario, bacilos tuberculosos en los casos en que otros métodos fracasan, y de esta manera se reduce considerablemente el número de las tuberculosis llamadas ocultas, que sólo pueden ser reveladas por la inoculación.

E. Moreno Melgar

De la leucogénesis en ciertas formas de leucocitosis, por Micheli. (*Il Policlinico*. Sezione practica. Fas. 6, 1908.)

En el *Morgagni* (Archivos), núm. 7, 1907, el Dr. Micheli, de Turín, publicó sobre este asunto un importante estudio.

La posibilidad de que en la vida extrauterina procedan los granulocitos de elementos no granulosos de tipo linfoide ha sido discutida hasta ahora, tomando principalmente como base los datos suministrados por el estudio hematológico y por el de los órganos hematopoyéticos en las varias formas de leucemia mieloide.

Pero de cualquier modo que se interprete el proceso leucémico, bien sea como de naturaleza simplemente hiperplásica, ó ya como neoplásico, trátase siempre de un proceso morboso que afecta á la médula ósea. Por lo cual los hechos de regeneración y las relaciones genéticas que parecen existir en esta condición morbosa, entre las varias formas de glóbulos blancos, pueden aplicarse, aunque con reserva, á la regeneración leucocitaria fisiológica ó á la que se realiza en condiciones morbosas especiales sin interesar profundamente la médula ósea.

Es desde luego interesante establecer el modo como la médula ósea responde al máximum necesario de leucocitos y á su mayor consumo. Fenómenos que están en relación con un simple proceso de leucocitosis, sin que el correspondiente aumento de actividad pueda considerarse como fisiológico por cuanto sostiene la condición morbosa.

En fin, después de haber establecido el autor las relaciones que normalmente existen entre las diferentes formas de los glóbulos blancos de la médula ósea funcionante, y de haberse declarado acorde con Pappenheim al sostener que entre elementos de tipo linfoide medular y elementos linfoides de los órganos linfáticos propiamente dichos no existen diferencias sustanciales morfológicas ó cromáticas, refiere el resultado de las indagaciones que practicó en 21 casos de empiema y en los que hizo paralelamente el estudio de la sangre circulante y de la médula ósea de las costillas resecadas durante la operación del empiema.

En todos los casos de leucocitosis recogidos posteriormente por el autor y estudiados en diferentes períodos de evolución, no observó aumento de actividad en los elementos medulares del tipo linfoide ni forma de transición entre éstos y los mielocitos. Por lo cual el autor deduce que, en estas condiciones, el déficit de leucocitos, relacionado con un proceso de supuración, está compensado por la actividad proliferante de los mielocitos preexistente, sin que intervenga en modo apreciable un proceso de diferenciación de los elementos de tipo linfoide en mielocitos.

Esto no excluye, naturalmente, que este modo de diferenciación sobrevenga en otras condiciones morbosas en las que se produce un daño más intenso y profundo á la eritropoyesis y á la leucopoyesis.

En casos de formaciones mieloides extramedulares es difícil establecer, con el simple auxilio de la observación histológica, la génesis de los diferentes elementos mieloides. El autor refiere á este propósito dos observaciones de intensa reacción mieloide del bazo, referente una de ellas á un caso de púrpura hemorrágica crónica y la otra á uno de metástasis cancerosa de la médula ósea. En ambos casos estaba la reacción mieloide estrictamente limitada á la pulpa, sin relación con el aparato linfático folicular.

F. Blasco y Soto

Contribución á la histología del pulmón. Sobre la manera de establecerse la comunicación entre los alvéolos. II Nota presentada al Instituto Umbro de Ciencias y Letras en la sesión de 25 Enero 1908, por el Dr. Cavadonna. (*Il Policlinico*. Sezione pratica. Faci. 6.°, 1908.)

1.° Examinando pulmones de cavias, conejos y topos en los últimos períodos de la vida intrauterina y en los primeros días después del nacimiento, sienta la conclusión que en esta edad no existen las comunicaciones entre los alvéolos que encontramos en los adultos, y, por consecuencia, afirma que no son formaciones normales.

2.° Examinando pulmón de cavia diez días después de su nacimiento, y sucesivamente en intervalos de diez en diez días, ha po-

dido deducir que las comunicaciones aparecen en estos animales después del octavo mes de vida, se hacen evidentes después de un año, se complican y multiplican en edad sucesiva.

3.° Examinando pulmones de tres grupos de cavias, desde el nacimiento hasta cierta edad, ha podido establecer: que en el primer grupo, mantenido cada individuo separado, en pequeños compartimientos y dejados en la mayor quietud posible, lejos de las impresiones exteriores, las comunicaciones entre los alvéolos aparecían raramente al décimocuarto y décimoquinto mes, y todavía raras á los diez y ocho meses en el último examinado; que en el segundo grupo, mantenido sin ningún cuidado y expuesto tres veces al día á excitaciones y orgasmo, á fin de causar la respiración jadeante antes del alimento, las comunicaciones aparecen al quinto ó sexto mes y se complican sucesivamente.

Después el autor termina diciendo que las pretendidas normales comunicaciones entre los alvéolos de Hauser, que quiere llamarles con el nombre de pre-canal de Kohn, no son otras que el producto de un esfuerzo excesivo de dilatación de las paredes de los alvéolos en los actos respiratorios, no proporcionados á la delicada naturaleza de las mismas paredes alveolares; que la presión exagerada, especialmente en el acto respiratorio, producto de condiciones externas muchas veces inevitables que aparecen en algunos momentos ó periódicamente en la vida del individuo, es la causa primera de la discontinuidad de las paredes alveolares, y que la acción de la presión del aire sobre la pared de los alvéolos ejerce una acción de discontinuidad, tanto más fácil cuanto mayor es el poder de dilatación del pulmón.

M. J. G. DE LA SERRANA

Paso al organismo de las sustancias tóxicas segregadas por los helmintos (esclerostoma, esofagostoma y anquilostoma), por M. Weinberg. (*Bullstin Société Ethiologie*, núm. 1, 1908. Trabajo del laboratorio de M. Metchnikoff.)

El autor recuerda haber demostrado que el esclerostoma segrega unas sustancias tóxicas para la sangre del caballo, que disuelven los hematíes, impiden la coagulación y dan un precipitado al contacto con el suero. Sustancias que son diferentes de las hemolisinas y precipitinas específicas, que por algunos de sus caracteres recuerdan el extracto de sanguijuela, así como también el producto de secreción ó extracto de ciertos órganos del aparato digestivo.

Ha querido darse cuenta si las sustancias tóxicas del esclerostoma pasan al organismo, examinando unos 52 caballos afectos de esclerostomiasis.

El examen histológico de sus órganos le ha revelado la existencia de un gran número de mononucleares repletos de pigmentos ferruginosos. Encontrándose éstos, sobre todo, en el bazo, en el hígado, en las células endoteliales y hepáticas, y también se encuentran en el tejido conjuntivo. También se halla su presencia en los glomérulos de Malpigio, tubos contorneados y canales rectos del riñón. Así, pues, el fenómeno observado *in vitro* se observa también *in vivo*. Las sustancias tóxicas segregadas por el esclerostoma penetran en la corriente circulatoria del caballo y destruyen los hematíes, cuyos productos de disgregación son retenidos en parte por el hígado, el bazo, y son eliminados en parte por el riñón.

Los mismos resultados se han obtenido experimentando con el esofagostoma en los monos (antropoides inferiores).

Estos hechos le hicieron pensar que el anquilostoma debía dar los mismos fenómenos que el esclerostoma, puesto que ambos son nematodos que poseen medios de fijación poderosos, y se nutren de la sangre, de quienes son huéspedes. Las investigaciones de Calmette y Bactan sobre la acción hemolísica del extracto de anquilostomas; las observaciones de Lasle y Emith sobre la influencia que ejercen sobre la coagulación de la sangre; las comprobaciones de Daniels, encontrando una pigmentación en los diferentes órganos de sujetos fallecidos por anquilostomiasis, y, en fin, las observaciones propias, permiten á M. Weinberg afimar que las sustancias tóxicas del anquilostoma, así como las del esclerostoma, pasen al organismo.

Todos estos hechos le hacen pensar que en la anquilostomiasis, esclerostomiasis y esofagostomiasis, se trata de una intoxicación crónica del organismo, producida por las sustancias tóxicas segregadas por los helmintos.

Cree que, salvo las hemorragias intestinales, todos los demás fenómenos observados en la anquilostomiasis verdadera son debidos únicamente á la acción de los productos tóxicos de los parásitos. Como estos últimos pueden inocular al azar de la flora microbiana microbios patógenos en la pared intestinal, complicaciones importantes pueden presentarse en el curso de una de estas enfermedades, y sean más graves que los fenómenos tóxicos. Habiéndose descrito como anquilostomiasis casos de infección gravísimos observados en individuos en cuya autopsia no se halló más que un número exiguo de parásitos, y aun uno solo.

Es evidente que en estos casos no se trataba de anquilostomiasis, lo mismo que no se trata de una triconfaliasis en el caso de una apendicitis muy grave causada por los microbios inoculados por un solo tricocéfalo.

M. Spreáfico

BIBLIOGRAFÍA

Elementos de Terapéutica general, por el Dr. D. Manuel Márquez. Madrid, 1908. (Con 71 grabados.)

El joven, pero ya justamente ilustre, catedrático, por oposición, de Terapéutica, Materia médica y Arte de recetar, de la Facultad de Medicina de Santiago, acaba de publicar en este hermoso libro las lecciones explicadas por él en el primer tercio de cada curso de los cuatro consecutivos que, en funciones de profesor auxiliar y catedrático suplente en la Facultad de Medicina de Madrid, ha tenido á su cargo esta asignatura.

Y no hemos de ocultar la grata impresión que su lectura nos ha producido.

Porque, deshaciéndose del vasto fárrago de materias estériles que formaban parte de los tratados más comunes y clásicos, ha tratado de hacer estudio completo, y tan sucinto como impone la necesidad de ponderar equitativamente las enseñanzas, ateniéndose á los no numerosos días de clase, de la Terapéutica general, hasta ahora no realizado sistemáticamente.

Faltan en su obra aquellos capítulos, tan baldíos como pomposos, con que inevitablemente debían comenzar todos los tratados, de Historia, Importancia de la asignatura, Relaciones con las demás ciencias, etc., etc., y... todo eso gana la enseñanza. Porque entrando desde el principio en materia, aborda sin preámbulos los asuntos, exponiéndolos siempre con sencillez y claridad suma, llevando al espíritu noción exacta y precisa de aquello que no debe dejar de ser aprendido para ejercer debidamente la Medicina.

No cabe duda alguna de que en los tratados comunes, y aun en los clásicos, hay descripciones magistrales y estudios que parecen inconmovibles por lo verdaderos, base de sana doctrina científica que ha de perdurar como constituída; pero no es menos cierto que los más no dedican nada ó escasísima parte á lo verdaderamente más fundamental é indispensable en Terapéutica, que son «los diversos conocimientos referentes á la teoría y á la práctica general *de toda clase de agentes terapéuticos*», que por primera vez aparecen juntos en la obra del Dr. Márquez.

Y ése es para nosotros su mérito principal. Porque sin esas bases no hay ejercicio médico posible, y con ellas bien adquiridas todo se resuelve en él de manera fácil, pues se reduce á la aplicación al caso particular de los conocimientos generales.

Hay en el tratado capítulos como el de la *Inmunidad medica-*

mentosa, en que generaliza la concepción genial de Ehrlich á los antivenenos; los dedicados al *Arte de recetar; Operaciones farmacéuticas* y *Modos de aplicación de los medicamentos*, profusamente ilustrados, y el final, que se ocupa de los *Resultados generales del tratamiento* y de *Consideraciones finales sobre lógica y deontología terapéutica*, que quizás merezcan ser destacados por lo nutrido de la doctrina, lo completo de la exposición y la sinceridad de juicio.

Si las obras didácticas se han de juzgar por su utilidad para enseñar, pocas creemos que puedan serlo tanto como ésta.

Reciba por ello nuestra más cordial enhorabuena.

Pero tiene para nosotros, sin embargo, la falta de no comprender más que la parte general de la Terapéutica. Y no nos duele confesarlo, porque, fácil como es de subsanar por quien, como el Dr. Márquez, es tan laborioso, puede y debe remediarla, ya que seguramente, publicando otro libro de Terapéutica especial, prestaría con ello á la enseñanza el mismo buen servicio que ha realizado al escribir la general que comprende este volumen.

Y las buenas obras, es principio de caridad realizarlas por completo.

DR. R. L. Y YAGÜE

SECCIÓN PROFESIONAL

ASOCIACIÓN GERMANO-IBERO-AMERICANA DE MEDICINA Y CIENCIAS SANITARIAS

La frecuencia con que los médicos de España visitan, estudian ó desempeñan comisiones científicas en los grandes centros de cultura de Alemania ha dado lugar á una corriente de simpáticas y amistosas relaciones entre los médicos de ambos países.

Como consecuencia de las relaciones establecidas, y con el propósito de encontrar mutuas facilidades para el mejor desempeño de los trabajos científicos, surgió en varios compañeros la idea de formar una Asociación médica germano-española.

Patrocinada tal idea por personalidades tan ilustres como S. E. Dr. Ernst von Leyden y Dr. Cortezo, se iniciaron en Mayo de 1907, y por intermedio del Dr. Juan Leyden, sobrino del eminente clínico de igual apellido y exmédico de la embajada alemana en Madrid, los primeros trabajos para hacer viable el proyecto de Asociación.

El XIV Congreso internacional de Higiene y Demografía cele-

brado en Berlín en Septiembre de 1907 ofreció la ocasión para realizar el anterior proyecto.

En una reunión de congresistas de habla española, convocada con tal objeto, expuso el Dr. Cortezo con su acostumbrada habilidad y elocuencia la importancia y fin de la Sociedad, acordándose por unanimidad su constitución oficial y designándola con el nombre de «Asociación Germano-Ibero-Americana de Medicina y Ciencias Sanitarias», siendo elegido presidente el Dr. Cortezo, presidente honorario S. E. von Leyden, secretario general Dr. Juan Leyden (Uhlandstr, 147, Berlín w. 15) y representante y secretario por Austria-Hungría el Dr. Ritter von Schrötter, de Viena. También se acordó dar carácter oficial á la Asociación, para lo cual se comunicaría su existencia y este deseo á los distintos Gobiernos de los Estados interesados.

Los principales representantes de esta Sociedad fueron invitados por el secretario general Dr. J. Leyden á un fraternal y suntuoso banquete en su artística morada, museo de recuerdos españoles. En esta agradable reunión, realzada por los encantos y amabilidad de la señora de la casa, se cruzaron entusiastas y elocuentes brindis, siendo vitoreados el Emperador de Alemania y S. M. la Reina madre de España, D.ª María Cristina, la que posteriormente ha concedido su alta y valiosísima protección á la Sociedad.

He aquí sus acuerdos:

1.° Por decisión de la Asamblea general constitutiva verificada el 26 de Septiembre de 1907 con ocasión del XIV Congreso internacional de Higiene y Demografía de Berlín, la Sociedad toma el nombre de «Asociación Germano-Ibero-Americana de Medicina y Ciencias Sanitarias» (Germanisch-Ibero-Amerikanische Gesellschaft für Medizin und sanitare nissenschaften).

2.° El asiento de la Sociedad es la ciudad de Berlín.

3.° La Sociedad tiene por objeto favorecer y promover entre las naciones de habla alemana y española los intereses mutuos de todas las ciencias médicas y sanitarias, comprendiendo las de la sanidad militar y marítima y las balneológicas; establecer mutuas relaciones en todo aquello que á este propósito se refiera, tanto personales entre particulares, como á viajes de estudio, canje de publicaciones, etc., etc., y tomar participación en la lucha internacional contra las enfermedades infecciosas por medio de investigaciones colectivas, estadística, etc.

4.° Puede ser miembro de esta Sociedad toda persona que se ocupe de ciencias médicas, estudiantes de Medicina, médicos y personas á quienes ello pueda interesar, sin distinción de sexos, así como las corporaciones, sociedades, autoridades, etc. Pueden ser

nombrados «miembros honorarios» personas de altos méritos para la ciencia médica ó la Asociación. Y «miembros protectores», los que hayan favorecido á la misma con donativos superiores á cien marcos.

5.° Los órganos de la Sociedad son:

La presidencia central en Berlín.

Los comités locales de los diferentes países y ciudades.

La Junta general de socios.

6.° La presidencia central estará formada por el presidente de la Sociedad, el secretario general, el tesorero, varios secretarios, que serán elegidos según las circunstancias lo requieran. Habrá, además, miembros suplentes de la presidencia central.

El presidente ó su suplente representa á la Sociedad en el régimen interior y en el exterior, preside las Juntas, etc.

El secretario general llevará toda la correspondencia de la Sociedad con anuencia del presidente; formará las actas de las Juntas y de los negocios de su oficina.

El tesorero se ocupará de todos los asuntos financieros y llevará la contabilidad.

7.° Los miembros pagarán una cuota cuyo importe será fijado en cada localidad por los diferentes comités en acuerdos especiales.

8.° Los comités locales, así como en lo que se refiere á sus recursos pecuniarios, quedarán en cada caso en plena libertad de organizarse á sí mismos, siempre que esa organización no esté en pugna con la oficina central.

9.° La realización de los anteriores acuerdos se basa en la perfecta armonía del comité central con los locales. La presidencia central debe además entrar en relación con las oficinas de los respectivos Gobiernos.

10. Se tomará en consideración la publicación de un periódico redactado en lengua alemana y en lengua española, que será el órgano de la Sociedad.

Dr. Med. Hans Leyden

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

NOTAS CLÍNICAS

UN ENFERMO DE TARSALGIA

Por el Dr. Saturnino García y Hurtado
Del Instituto Rubio.

Damos el nombre de tarsalgias á unas afecciones que se caracterizan por que el enfermo, al andar, sufre dolor en algún punto del tarso. Este dolor puede presentarse alguna vez cuando el enfermo no anda, es decir, cuando algún nervio del tarso está ya modificado por la inflamación ó por otra causa.

Si consultamos en las obras clásicas el capítulo de las tarsalgias, nos encontramos con que su lectura deja la impresión de aquello que no se conoce bien. Vaguedades. Explicaciones más ó menos fundadas, y, al fin, un desconocimiento del mecanismo de su producción, tapando esta ignorancia con la hoja de parra del tecnicismo.

La tarsalgia es una neuralgia.

La neuralgia significa dolor.

La tarsalgia es, pues, dolor del tarso.

Pero esto es un síntoma. El síntoma dolor. Que no explica por qué, cómo, cuándo, de qué modo se produce.

El asunto permanece en pie.

La tarsalgia consecutiva al pie plano, por compresión del nervio plantar interno, es bien conocida. Su mecanismo es claro. Aplanada la bóveda plantar, el nervio que pasa por debajo del escafoides es comprimido contra el suelo.

En el pie valgus, en el varus, el talo ó el equino, descentradas las presiones, distendidos los diferentes ligamentos, vainas tendinosas, tendones y tejidos fibrosos, por los que se distribuyen diferentes nervios, al ser éstos estirados ó comprimidos se determina el dolor. El mecanismo también es sencillo y claro.

Mas hay otra clase de tarsalgias, en las cuales el dolor se limita á los talones (en las anteriores era en la parte externa ó interna del tobillo ó en la infero-anterior de la bóveda plantar), ya á la parte inferior ó base posterior de apoyo de la bóveda, ya á la parte posterior en los puntos de inserción del tendón de Aquiles.

Reconocido minuciosamente el pie, no se encuentra en él absolutamente nada de particular. Por más vueltas que se le dé y por mucho que se le mire, no se ve nada anormal. Sin embargo, el enfermo aqueja grandes molestias y dolores en los talones, á veces hasta impedirle andar.

Y nos encontramos enfrente de esa multitud de enfermos que han pasado por nuestra consulta en el espacio de muchos años, que no hemos sabido lo que tenían, en los cuales hemos empleado diferentes tratamientos y en la mayoría de los casos no hemos obtenido ningún resultado práctico.

Son los enfermos de pies al parecer normales, sin alteraciones fisiológicas aparentes y que, sin embargo, sufren molestias indecibles.

Podríamos salir del paso diciendo lo de antes, que se trataba de una neuralgia (1). ¿Pero cómo se produce esa neuralgia? ¿Cuál es su mecanismo?

Mientras esto no sepamos, nuestra conducta será siempre de puro tanteo, y si alguna vez acertamos por fortuna á dar con el remedio, nuestro acierto será puramente casual y sin finalidad ulterior de ningún género.

HISTORIA CLÍNICA

Eugenio Sáez es un hombre de cuarenta y nueve años, bajo de estatura, fornido de cuerpo, algo rechoncho, que se presentó en nuestra consulta en Enero del presente año. Es natural del Escorial de Abajo, donde habita. Refiere que es fogonero de oficio y que hace dos años se encuentra sin trabajo por no poder permanecer en pie ni andar sin grandes molestias en los talones, más en el izquierdo que en el derecho. Fuera de esto, su salud habitual es buena, y no refiere antecedentes patológicos que se relacionen con el estado actual.

Viene acompañado de su mujer. Entra despacio en el Dispensario, sin auxilio de bastón ni apoyo alguno. Su andar es lento, de cortos pasos, como aquel que se encuentra fatigado. Toma asiento y

(1) Esto me recuerda lo que oí alguna vez á D. Federico. «Se había cometido un robo en un pueblo. Como no parecieran los culpables, se susurraba entre la gente que el único que de fijo lo sabía era el bobo del lugar. Mas éste no quería decirlo sino cuando estuviera todo el pueblo reunido en misa mayor un día de fiesta.

»Visto esto por el párroco, un domingo, cuando la gente estaba reunida en la iglesia, después de misa mayor, preguntó al bobo en alta voz:

»—Dime, Fulano, ¿quién ha robado la iglesia?

»Y el bobo contestó con la mayor tranquilidad, como aquel que descubre algún secreto:

»—¡¡Los lairones!!»

Pues los lairones y la neuralgia en este caso son la misma cosa.

descansa, y en su cara se nota la alegría del que satisface un vivo deseo, como el que con calor y sed bebe un vaso de agua fresca ó el que se sienta en el borde del camino después de una larga travesía.

Viene calzado con burdos brodequines, de gorda suela y fuerte cuero, porque así su andar es menos doloroso. La alpargata ó bota flexible le permite el juego del pie, y esto le es insoportable.

Contesta bien á las preguntas que se le dirigen, pero siempre con algún retardo. Quiere decir, que la ideación es lenta y la expresión de la ideación también lo es.

Puesto en pie, descalzo, se ve que la bóveda plantar es bien conformada, casi el arco exagerado, formando los pies *cabus*. Éstos son anchos y cortos. Los talones, prominentes atrás.

En los puntos de inserción del tendón de Aquiles se nota en ambos pies un abombamiento doloroso á la presión. Cuando anda, en estos puntos de inserción nota un vivo dolor. Estas molestias son tan considerables, que no dependiendo su vida más que del trabajo, ha tenido que abandonarlo hace dos años.

Para corregir estos dolores ha empleado multitud de remedios, que no lo han sido porque no le han producido beneficio alguno.

En resumidas cuentas: nos encontramos delante de un enfermo de lo que llamamos tarsalgia.

Dando vueltas á esta materia, recordamos haber leído algunas formas raras de esta dolencia, que los franceses llaman *maladie de la trottoir*, *maladie de sergentes de ville*, y los ingleses, *sidewalk disease*, pero en las cuales no se interpreta la verdadera etiología.

Los alemanes, ahondando más en este asunto, han encontrado en algunos casos la verdadera clave de él.

Ehret (en *Arch. für Un. &*, 1896. Bd. I) habla de las fisuras y fracturas del calcáneo como causa y origen de tarsalgias.

Plettner (en *Jahresbericht der Gesellschaft für Natur und Heilkunde in Dresden*, 1905) se refiere ya á unas producciones óseas que se encuentran á veces en los calcáneos, verdaderos exóstosis que originan las tarsalgias.

Ebbinghaus (en *Zentral. für Chir.*, 1906) se extiende sobre los padecimientos traumáticos del pie y sobre las lesiones del tubérculo mayor del calcáneo como causas productoras de tarsalgias.

Chrysospathes (en *Zeit. für Ort. Chir.*, 1907. Bd. 18) habla de los pretendidos cuernos ó espolones del calcáneo como causa de tarsalgia; y á continuación expongo la literatura que sobre el asunto conozco para el que le interese la materia:

Bähr: Zur kasuistik der Fersenbeinbrucke. *Arch. für. or. M. und Un.*, 1903. Bd. I.

Bettmann: Ueber eine Absplitterung aus der corticalis des Fersenbeins. *Monas. f. Un. med.*, 1905, núm. 3.

Janowski: Zur Frage von der Calcaneodynie verursacht durch hypertrophie des Procesus tuberis-calcanei. *Russki Wratsch*, 1907.

Bum: Fractura calcanei. *Wiener Klin. Wo.*, 1905.

Barker: Bilateral exostoses on the inferior surface of the calcaneus gonorrhoeal in origin (Pododynia gonorrhoica). *Jour. Hop. Hos. bull.*, 1905.

Baer: Gonorrhoeal exostosis of the os calcis. *Surg. g. obs.*, 1906, vol. 11, núm. 2.

Brandford: Exostosis in the plantar portion of the os calcis. *Am. Jour. or. Sur.*, 1907 (1).

Las opiniones en todos estos estudios pueden reducirse á lo siguiente: que hay una variedad de enfermos blenorrágicos con localizaciones blenorrágicas en los calcáneos que originan tarsalgias.

De esta clase de enfermos he visto varios: el último me fué presentado por el Dr. Spreáfico en este mes de Abril. Se llama el enfermo Enrique Rábago, de treinta y cuatro años, soltero, mecánico, domiciliado en la calle de Ferraz, 78, el cual hace siete años adquirió una blenorragia acompañada de fuertes dolores en las rodillas y en las piernas. Se quedó posteriormente la tarsalgia como síntoma predominante, y fué operado por el Dr. Spreáfico con buen resultado hace dos años (2).

Hay otra variedad de tarsalgias originadas por alteraciones en la superficie del calcáneo, semejantes á las que se producen en las artritis deformantes.

Y, por fin, otra forma de alteraciones consiste en la aparición de eminencias á manera de espolones en la parte inferior del calcáneo, pronunciándose las tuberosidades, y por detrás, en las inserciones del tendón de Aquiles.

Estos cuernos ó espolones se ven perfectamente en las radiografías de calcáneos afectos de esta dolencia, y se comprende muy bien que sean motivo de irritación y vivos dolores.

El tratamiento consiste en la extirpación de estas protuberancias.

Preocupado con estas ideas respecto á las tarsalgias, decidí operar al enfermo, á cuyo fin se le dió entrada en el Instituto, y el 9 de Marzo del presente año fué operado. Al llegar al hueso nos encontramos, por cima de la inserción del tendón de Aquiles, un borde muy saliente, cortante, mucho más pronunciado que el que tienen

(1) Charles H. Jaeger: Gonorrhœal exostosis or the os calcis. *Am. Jour. Or. Sur. January*, 1908.

(2) Doy mi enhorabuena á este querido compañero nuestro porque su instinto quirúrgico le hizo prever lo que después ha confirmado la radiografía y la radioscopia.

algunos calcáneos en estado fisiológico, cuyo borde estaba lastimando la parte anterior inferior del tendón mencionado. Con una gubia pequeña quitamos este borde cortante en ambos pies, y sin hacer tenotomía, como habíamos primero pensado, suturamos la herida.

En la actualidad el enfermo anda bien, sin sentir las grandes molestias de antes; y seguimos la observación hasta ver el resultado definitivo dentro de algunos meses.

En el caso actual el proceso nos lo explicamos del siguiente modo:

El oficio de fogonero obligaba á este buen hombre á permanecer en pie toda la noche, mientras funcionaba la máquina de vapor que actuaba la dinamo de una central eléctrica. Ocho años sin interrupción prestó este servicio, al cabo de los cuales tuvo que dejarlo por no poder estar de pie ni dar un paso. En este tiempo, la continua irritación, que determinaba la tracción constante del tendón de Aquiles sobre el periostio y puntos de atadura, dió lugar á una proliferación de la capa osteógena perióstica y á la aparición de los salientes óseos que extirpamos.

Si el proceso no consistía más que en el reborde óseo, una vez éste desaparecido, el enfermo debe curar de sus dolores, si no hay neuritis consecutiva ó proceso inflamatorio nervioso que mantenga la excitación.

El tiempo, que es el gran consejero en todos los asuntos, podrá aclararnos esta duda.

ECTOPIA TESTICULAR DOBLE

Por el Dr. Pablo Lozano
Del Instituto Rubio.

Hace más de veinte años fuimos llamados para ver un enfermo, cuyos rasgos más salientes quedaron impresos en nuestra memoria, así como la historia de sus desventuras y sufrimientos, que sumariamente queremos referir, por relacionarse con la enfermedad que sirve de título á esta nota clínica. Érase un hombre de unos treinta y cinco años, bajo de estatura, de complexión endeble, temperamento excesivamente nervioso y voz afeminada. El objeto de solicitar nuestra asistencia médica reducíase á buscar alivio á sufrimientos extraordinarios que desde su juventud le acosaban, que tenían origen en los órganos genitales, obedecían á una ectopia testicular inguinal doble, y eran determinados por la menor impresión de frío ó por una excitación sexual cualquiera.

A consecuencia de las grandes crisis dolorosas que sufría, así como de lo desventurado de su existencia, pues se había tenido que

separar de una mujer á quien amó, con la que contrajo matrimonio y con quien le fué imposible disfrutar un momento de placer, llevaba una vida retraída de todo trato social, y sólo consagrada al estudio y á la publicación de algún trabajo literario.

El plan por nosotros aconsejado redújose al empleo de calmantes, que al enfermo no le produjeron el alivio deseado, por lo que, y persiguiendo sus vehementes deseos de curación, consultó por aquel entonces con el inolvidable Dr. D. Federico Rubio, el que, al saber quién era el médico que le asistía, le propuso una entrevista conmigo, para de común acuerdo tratar de mejorar su penosa situación.

Me faltó tiempo, cuando de este deseo me enteré, para ir á casa de D. Federico, quien me indicó que entendía que la castración era lo único que podría mejorar á aquel sér desdichado; pero que él no creía oportuno aconsejar tal mutilación, y, en su virtud, que tratara yo con la medicación que creyera más oportuna á aquel sér digno de la mayor conmiseración, y al que no tardé en perder de vista.

Tal era la suerte que estaba reservada en aquella no lejana fecha á los desgraciados que padecían un ectopia testicular inguinal: sufrimientos cruentos ocasionados por crisis dolorosísimas, efecto de las compresiones á que se halla sometido el testículo ectopiado; la esterilidad é impotencia nacidas de la atrofia que este órgano sufre, y la pérdida de los signos exteriores de la virilidad.

Después de multitud de actos oparatorios cada vez más perfeccionados, se han ido obteniendo éxitos lisonjeros, como lo demuestra la estadística de Broca, que en 75 operados cuenta 31 curaciones perfectas, 31 resultados incompletos y 13 atrofias secundarias del testículo, todo esto comprobado en el espacio de seis años después de la operación.

Ante tan seductora perspectiva, y contando con el resultado satisfactorio obtenido por nosotros en una ectopia inguinal del testículo izquierdo que presentaba un joven de diez y ocho años, el cual había sido sometido durante varios meses á amasamientos y tracciones, que no dieron resultado alguno, y fué intervenido por mí hace unos tres años, siguiendo el procedimiento de Villmen, y que, de momento, al menos, corrigió sus crisis dolorosísimas y fijó completamente el testículo en el escroto, sin que nosotros sepamos, por haber perdido de vista al enfermo, á pesar de vivir éste en Madrid y aconsejarle reiteradamente se dejara ver de vez en cuando, el estado en que se han conservado uno y otro testículo.

Aprovechando esta circunstancia, dolorosa por lo trascendente de la frecuencia con que el cirujano pierde de vista al operado una

vez dado de alta, como aconteció con el joven á que me refiero, he de hacer algunas consideraciones que conceptúo del mayor interés, siquiera no parezcan á primera vista relacionadas con el objeto de esta nota clínica.

Empiezo por confesar con ingenuidad que, en mi sentir, la cirugía camina derechamente á su desprestigio tanto como parte de la medicina general, considerada en cuanto arte que emplea procedimientos especiales para curar á los enfermos, como en su legítima aspiración de constituir una ciencia; porque la base fundamental de toda ciencia es la verdad; más que la verdad, la certeza del conocimiento adquirido, y que forma parte integrante de ella. Ahora bien: dar como hecho científico el resultado operatorio de momento de un cáncer que se extirpa y cicatriza la herida por primera intención, ó el de una gastro-enterostomía que resiste el enfermo y le produce alivio inmediato, pero poco duradero, de sus sufrimientos; ó el de una cura radical de hernia, porque ésta no se reproduce á los quince días de operarse; ó en una resección articular, porque antes de entrar el miembro en función ó completarse el crecimiento del enfermo la cosa marcha bien, es tan ilusorio, tan anticientífico y tan dado á interpretarse como interesado y poco noble, que todos los que ejercemos la cirugía estamos obligados á adoptar todas aquellas medidas que se consideren necesarias para que la verdad resplandezca en cuanto á los hoy llamados éxitos operatorios, y en lo sucesivo sólo se practiquen las operaciones que reporten un verdadero beneficio al paciente, y se desechen á la vez la inmensidad de procedimientos operatorios, muchos de los que no tienen más base que el afán de distinguirse de sus inventores. Recordemos á este fin aquella frase de un sabio cirujano, que viendo operar á otro colega una cura radical de hernia, haciendo éste gala de su erudición, le refería al tiempo que operaba que conocia al dedillo los doscientos y pico procedimientos que se describen para la citada operación; á todo lo que dijo sencillamente el primero: «yo no conozco más que dos procedimientos, y *curo* á mis operados».

Respecto á las medidas que hayan de adoptarse, parécenos obligado el que las estadísticas operatorias que particulares ó centros hospitalarios formen de los resultados operatorios se hagan bajo un patrón, donde se consigne, entre otras cosas pertinentes, el tiempo que prudencialente se considere necesario para cada clase de intervención, y durante el cual se haya observado al paciente.

Y una vez apuntada la idea, que consideramos, no sólo digna de tomarse en cuenta, sino de ulterior y acertado desarrollo, ocupémonos del enfermo objeto de este estudio, no sin antes lamentar el que la experiencia adquirida en el otro caso operado no sea lo completa

que hubiéramos deseado, así como el que las enseñanzas que puedan sacarse del caso presente no se hallen asesoradas por la observación continuada durante largos años.

*
* *

Presentóse á mediados del mes de Febrero próximo pasado, en el Dispensario de Cirugía general del Instituto Rubio, M. S. (fig. 1.ª), joven de diez y siete años de edad, natural de Valdepeñas, de oficio panadero, cuyos padres, que han tenido otros nueve hijos más, afirman que ninguno ha presentado la menor anomalía en su desarrollo.

FIG. 1.ª

En M. S. notaron á raíz de su nacimiento una deformidad en el pene, que daba lugar á que la micción no se hiciera en condiciones normales, puesto que existe un hipospadias con el meato colocado á nivel del surco balano-prepucial. Por lo demás, ni la forma general del miembro, ni su desarrollo, proporcionado á la edad del paciente, llaman la atención á primera vista, pasando con facilidad desapercibido este vicio de desarrollo. En prueba de ello, diremos que hasta después de verlo consignado por mí en el diagnóstico de la hoja clínica del enfermo, algunos de los alumnos que asistían al Dispensario de Cirugía general no se habían enterado de este detalle, á pesar de haber reconocido al enfermo.

En cambio es bien ostensible la deformación que presentan las paredes del vientre en la región inguinal (fig. 2.ª). Nótase, en efecto,

dos abultamientos correspondientes al anillo superficial del conducto inguinal, del tamaño aproximado al de una ciruela claudia cada uno; abultamientos que no se hacen más ostensibles en los esfuerzos de tos que realiza el enfermo, ni se reducen con la presión metódica ejercida sobre ellos con el fin de introducirlos en la cavidad del vientre, como sucede cuando se trata de una hernia. En cambio, esta presión despierta la sensación, molesta en grado considerable, que acusa en condiciones normales la realizada sobre la glándula seminal. Ni por el tamaño, ni por la sensación que da el tacto, se aprecia en los testes del enfermito otra anomalía que la de su situación.

Fig. 2.ª

Esta situación, en efecto, es fija, pues ya hemos dicho que al comprimir, como si se quisiese alcanzar su reducción, ésta no se consigue; y añadimos que, si sobre la glándula se hacen tracciones como para provocar su descenso y conducirlo al escroto, con ellas no hacemos más que provocar una sensación muy dolorosa, según nos afirma el paciente.

Hasta la edad de cinco años no se dieron cuenta los padres de M. S. de estos bultos de la ingle, ni el propio enfermo se preocupó de ellos, por su naturaleza indolente, hasta hace cosa de seis ó siete meses que, con motivo de un esfuerzo á que le obligó su profesión, sintió un dolor agudo en la región inguinal derecha, acompañado de alguna hinchazón en el sitio correspondiente á la anómala situación del teste del mismo lado. A partir de esta fecha, cualquier es-

fuerzo despierta un vivo dolor en ambas ingles, así como las excitaciones venéreas, en el enfermo amortiguadas considerablemente con relación á lo que se observa en jóvenes de su edad en condiciones normales.

Aun cuando es un hecho casi constante la coexistencia de una hernia con un testículo ectópico, en el caso presente no se nota en este sentido más que una dilatación considerable de ambos anillos inguinales externos, sin que el dedo introducido en ellos note impulsión alguna de dentro á fuera en los esfuerzos de tos que realiza el paciente.

Ni el desarrollo general del cuerpo de M. S., ni su voz, ni su actitud, presentan nada digno de fijar la atención.

El diagnóstico de la enfermedad que padece M. S. es, pues, sencillo: ectopia testicular doble (y no criptorquidia, como alguno de los alumnos apuntara, porque ésta supone ocultación de los testículos, y en el caso presente hallábanse bien ostensibles, si bien en sitio anómalo), y la modalidad de esta ectopia redúcese á ser inguinal, fuera del conducto del mismo nombre, y á la vez fija, puesto que dentro de esta localización del testículo ectópico hállase comprendido también el testículo flotante, cuya característica es su movilidad, que hace le observemos tan pronto en contacto con el anillo inguinal externo como alojado en el escroto. No sólo se diferencia la ectopia inguinal fija de la movible ó testículo flotante por este carácter fácil de apreciar, sino que en la fija, como sucedía en nuestro caso, el escroto como tal no existía, mientras que en la otra forma ofrece casi los mismos caracteres que el normal. Ya hemos dicho que el pene de M. S. ofrecía un hipospadias, del cual nos ocuparemos más adelante.

Sentado el diagnóstico, y en vista de que el porvenir de M. S. se ofrecía lleno de desventuras tanto físicas como morales, á semejanza del enfermo de cuyo lejano recuerdo hemos hablado, propusimos al padre la intervención operatoria, que fué aceptada, y que llevamos á cabo el 29 de Febrero.

Previa anestesia clorofórmica y asepsia rigurosa de la región, procedimos de la siguiente manera:

Hicimos una incisión en la piel de la región inguinal izquierda, paralela al ligamento de Poupart, sirviéndonos de guía y centro la prominencia que formaba el teste; profundizamos hasta llegar á él, y notamos al ponerle al descubierto que presentaba como un quiste seroso pequeño y próximo á la cabeza del epidídimo; pero después vimos que dicho quiste era debido á una pequeña colección de líquido peritoneal alojado en el conducto peritoneo-vaginal no obliterado, y que se prolongaba desde el teste hasta el fondo del conducto inguinal.

El teste hallábase aprisionado en el lugar que ocupaba por multitud de bridas fibrosas, que le envolvían y se insertaban en la aponeurosis del oblicuo externo y en los músculos exoblicuo interno y transverso; fuimos rompiendo con cuidado estas bridas, unas veces con el bisturí y otras desgarrándolas con los dedos, apreciando desde un principio que el cordón ofrecía sus dimensiones normales, si bien se encontraba como plegado, hasta que consideramos suficientemente libre el teste para alcanzar una posición normal en el escroto. Entonces fraguamos con los dedos un trayecto á través del tejido celular, que nos condujo á la región escrotal; hicimos presión con el dedo grueso al llegar á este límite, hasta que distendimos suficientemente el escroto; condujimos hasta él el testículo y colocando una gasa sobre la herida, procedimos en el lado derecho del mismo modo, y sin más variante en lo que hicimos y observamos que no encontrar en este lado el conducto peritoneo-vaginal permeable como en el lado izquierdo.

Una vez alojados los dos testes en la cavidad escrotal que para este fin hicimos, y previa prolongación de la incisión del lado izquierdo hasta el escroto, perforamos el tabique escrotal, con el fin de poner en contacto á través de esta perforación los dos testes, y los mantuvimos en esta posición mediante un punto dado con catgut que pasamos á través de la albuginea con una aguja fina, sin profundizar en la glándula.

Para mayor seguridad en la fijación, que practicamos siguiendo el método de Villmen, y que, como se ve, consiste en suturar ambos testículos á través de la perforación del tabique, para que de este modo la raíz del miembro sirva de obstáculo permanente á su ascensión—cosa que sucede en los métodos que fijaban sólo el teste á un punto del escroto,—con puntos de catgut fuimos estrechando el camino fraguado para el viaje que hicimos recorrer á los testes, con el fin de que no encontraran facilidades para desandarlo; terminando por estrechar con puntos entrecortados con hilo de plata, tanto el anillo externo, dilatado como hemos dicho, como todo el trayecto del conducto inguinal, con lo que nos proponíamos evitar la formación de una hernia post-operatoria, ya que este padecimiento no acompañara, como es frecuente, á la ectopia. Por último, suturamos la piel y colocamos el vendaje apropiado.

La marcha post-operatoria ha sido todo lo favorable que se podía pedir: ningún dolor y ligeras décimas de temperatura durante los dos ó tres primeros días; el quinto, que tuvimos que quitar el vendaje por haberse manchado de orina, descubrimos la herida, que estaba en vías de cicatrización normal. Así se hizo en efecto, sin más circunstancia digna de mención que la de haber tenido el

enfermo erecciones repetidas durante la noche, cosa que anteriormente á la intervención no le ocurriera.

A los diez días quitamos los puntos de seda con que suturamos la piel, encontrándose ésta en perfecto estado de cicatrización; y hubiéramos podido dar el alta al enfermo, si no nos hubiéramos propuesto operarle además el hipospadias que padecía.

Así es que esperamos unos días, y el 28 de Marzo procedimos á la operación del hipospadias, del siguiente modo: desde el punto vicioso de implantación del meato (medio centímetro más abajo del surco balano-prepucial) hicimos una incisión longitudinal sobre la uretra, y sin interesar ésta, de cuatro centímetros de extensión, y otra incisión transversal con relación á la primera, y cuyo centro era el punto de origen de la anterior, esto es, el orificio uretral; aislamos con cuidado la uretra de los cuerpos cavernosos en la misma extensión de cuatro centímetros, para lo cual tallamos dos colgajos triangulares, y entonces hicimos una perforación del glande, valiéndonos de un bisturí de hoja muy estrecha, que penetramos por la punta del glande y le sacamos por el punto en que antes se hallaba colocado viciosamente el extremo de la uretra: con una pinza estrecha introducida en este túnel fraguado con el bisturí, cogimos el extremo de la uretra, que sacamos por el extremo del glande. Con cuatro puntos dados con seda fina, unimos el extremo uretral al meato artificial, y suturamos las dos incisiones en forma de cruz que hiciéramos previamente sobre el miembro. (Procedimiento de tunelización del glande de Von Haker, Beck y Bardenheuer.)

No dejamos sonda permanente, y sin más accidente que una infiltración considerable del prepucio, acaso producida porque colocamos colodión sobre las incisiones hechas en la piel del miembro, y el colodión, al secarse y retraerse, estorbara la circulación, fué dado de alta completamente curado de su hipospadias el día 26 de Abril. En esta fecha hallábase también en condiciones completamente normales respecto á la operación anteriormente sufrida de orquidopexia; esto es, no experimentaba molestia alguna espontáneamente, ni provocada en los esfuerzos ni á la presión, y los testes ocupaban su posición normal en el escroto, como puede verse en el segundo fotograbado.

Si el curso post-operatorio á larga fecha fuera como el que hemos presenciado durante su estancia en el Instituto, podríamos abrigar la convicción de que pocas operaciones son de la eficacia y de resultados tan positivos como la orquidopexia; puesto que no sólo suprime sufrimientos intensísimos, sino que evita la degeneración del teste y, por tanto, la esterilidad é impotencia de los que sufren una ectopia testicular.

En el caso cuya historia acabamos de reseñar, el éxito operatorio del momento en ambas operaciones no ha podido ser más satisfactorio; pero nos queda la duda de si los testes con el tiempo sufrirán alguna degeneración ó atrofia.

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO DE LA CISTOTOMÍA SUPRAPUBIANA

POR EL DR. R. MARTÍN GIL

Académico corresponsal de las Reales Academias de Medicina de Madrid y de Barcelona.

El desagüe de la vejiga en la cistotomía suprapubiana, lo mismo que las indicaciones de reunión primitiva ó secundaria, han sido motivos sujetos á muy diversos criterios, según los operadores y las épocas por que ha pasado la cirugía urinaria.

Desde el tubo perforado que Kuster empleaba, sacando una punta por la uretra y la otra por la herida hipogástrica, ó el tubo de Dittel, recubierto de gasa iodofórmica y puesto en el interior de la vejiga, ó el en L de Trendelenburg, ó los dos tubos acodados de Antal, hasta la sonda permanente en la uretra, con mucha frecuencia usada, fueron malos ó deficientes procedimientos.

Después ideó Perier el tubo-sifón, que ya fué un perfeccionamiento, más útil todavía cuando Guyon lo modificó, pudiendo decirse que hasta ahora es el medio generalmente empleado en las reuniones secundarias. Con este tubo doble pudo ya suturarse la mayor parte de la herida hipogástrica y se evitaron muchos abscesos que antes se formaban, no obstante las mechas de gasa iodofórmica ó los manojos de crin que se colocaban en el espacio de Retzius.

Pero el tubo de Guyon, como otros medios empleados actualmente para vaciar la vejiga por la herida, son motivos de que los enfermos estén siempre sucios, expuestos á erupciones por la orina que se les derrama sobre la piel, y molestos en la posición fija de decúbito dorsal en que se les retiene durante muchos días después de la operación.

Para evitar estos inconvenientes es de gran utilidad el aparato que ha inventado el Dr. Hamilton Irving, de Londres, que aísla y conduce las orinas sin ensuciar al paciente ni mojar la cama, causas bien insanas y molestas.

Consiste el aparato en un casquete ó sombrerillo de celuloide (figura 1.ª) que se aplica sobre la herida hipogástrica y se sujeta con un cinturón de caucho de modo que no deje rezumar la orina

por entre sus bordes y la piel. Por fuera se ven dos tubos, donde se enchufan otros de goma que comunican con el orinal.

El aparato tiene la figura de un sombrero de paja, cuyas alas se aplican sobre el abdomen, y la tapa se levanta para curar y vigilar la herida. En el centro hay un agujero, que sirve para introducir un tubo y hacer lavados intravesicales sin quitar el aparato.

FIG. 1.ª

No es necesario hacer una presión exagerada con el cinturón de goma; será bastante fijarlo en su posición de modo que la herida quede en el centro del aparato, y para que no se corra hacia arriba, deben atarse los vendoletes que hay á cada lado, pasándolos por las nalgas, como aparecen en la figura 2.ª De tal manera queda fijo el aparato de Irving, que puede colocarse al enfermo en decúbito lateral sin que se escape una gota de orina, y que siga vaciándose toda como si estuviera en posición horizontal.

No se necesita más apósito ni otros cuidados que quitar todo el aparato cada tres días para lavarlo—lo mismo que la piel de la región operada—con un desinfectante: disolución fénica al 5 por 100, ó de ácido bórico á saturación.

Como ya hemos dicho, fijado este ingenioso aparato, se hacen irrigaciones vesicales introduciendo una sonda blanda por el agujero central de la tapa, y enchufando la cánula de un irrigador, se verifican lavados amplios, saliendo el líquido libremente por los dos tubos que comunican con el orinal. A un enfermo de cincuenta y dos años de edad, operado de cistotomía suprapubiana por padecer cistitis crónica, se le aplicó este aparato al día siguiente de la operación; se le recogía toda la orina que expelía y se la examinaba dia-

riamente, pudiéndose observar que eran sucias, con gran cantidad de moco, epitelio y muchos bacilos. Se estableció una irrigación continua que duró cinco días, sin molestia alguna para el enfermo, ni mancharse lo más mínimo sus ropas ó la de la cama. La herida comenzó á cicatrizar; se siguió observando la orina, que fué haciéndose más clara y transparente, y el enfermo quedó curado á las cuatro semanas de la operación.

Para evitar el contacto de la superficie cruenta con el aire y asegurar una buena oclusión, debe taponarse el agujero de la tapa del modo que el cirujano lo desee: lo mejor será un tapón de gasa esterilizada.

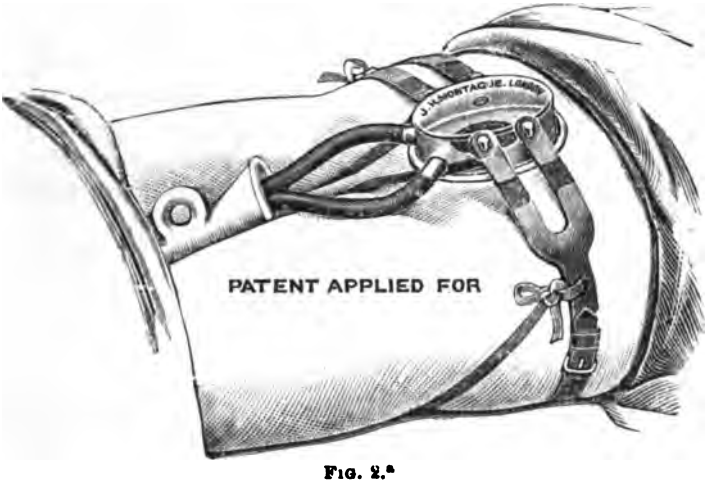


Fig. 2.ª

En los casos de hemorragia secundaria, es de gran utilidad levantar la tapa y, sin quitar del todo el aparato, llenar la indicación que haya lugar.

La orina no estorba al proceso cicatricial, porque fluye por el ángulo inferior de la herida, y se conduce por los tubos al orinal. A los pocos días se reduce considerablemente, y en muchos casos la parte superior se cura por primera intención, siendo rápida la cicatrización total. En los días que los enfermos permanecen en cama se les ve cómodos y contentos, porque no se hallan mojados por la orina ni reducidos á guardar la posición de decúbito dorsal.

En los operados que sufren además afecciones de los riñones ó ureterales es muy importante este aparato, porque se recoge *toda* la orina expelida en las veinticuatro horas, lo que no se consigue con el tubo-sifón; y la sonda permanente no siempre se puede emplear.

Por tales razones, sin duda, juzga el Dr. Freyer este aparato «completamente práctico, y el único ideado de positiva utilidad para el desagüe en la cistotomía suprapubiana».

Más reducido el número de las indicaciones de reunión secundaria, son todavía muchos los casos, desde que la prostatectomía transvesical ha resultado una operación frecuente, de utilidad superior y de preciadas indicaciones á la prostatectomía perineal.

Lo mismo es procedimiento que se tiene que adoptar en los casos de cistitis crónica, con invasión de la capa muscular. Otras veces la ancha base de implantación de los tumores ó la multiplicidad de ellos hace difícil una exéresis completa, la sutura no es hemostática, y la vejiga se llena de coágulos, que impiden la salida de la orina por el sifón y la sonda permanente. En estos ejemplos terribles los enfermos aparecen llenos de sangre y de orina, el trabajo que proporcionan al cirujano y á los asistentes no es para dicho, y aquí es donde resulta el aparato del Dr. Irving de un valor inestimable, el medio seguro de llegar á la vejiga y salvar los obstáculos que se presenten, lo que hasta ahora era muy difícil ó imposible realizar.

Málaga, 18 Abril de 1908.

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

VALOR DEL CITO-DIAGNOSTICO EN LA PRÁCTICA MÉDICA

POR LOS DRES. LÓPEZ DURÁN Y G. GAONA
Del Instituto Rubio.

La finalidad de este trabajo es la de contribuir al estudio del diagnóstico citológico del líquido céfalo-raquídeo y de los exudados patológicos, así como también á la difusión de su valor práctico.

Tiene como fundamento científico los estudios que acerca de este punto han publicado Achar, Guiart y Guimbert y otros, algunos artículos de *Il Policlinico*, *La Semaine Médicale* y el trabajo del doctor Sawyer (*The Lancet*, 1 Febrero 1908). Como comprobación práctica, los múltiples análisis que de esta índole hemos practicado en el laboratorio del Instituto Rubio.

Desde hace varios años, y por inspiración del Dr. Cervera, venimos estudiando la fórmula leucocitaria de la sangre, principalmente en enfermos de cirugía. El análisis citológico del líquido céfalo-raquídeo y de los exudados patológicos ha sido para nosotros, una consecuencia, un complemento del anterior estudio.

Estudiar la sangre desde este punto de vista es establecer líneas generales para el cito-diagnóstico de los líquidos ya dicho.

Naciendo los glóbulos blancos del tejido linfógeno y del mielógeno, viértense en la sangre, que los transporta á los diferentes tejidos de la economía. La sangre, vía de paso de los leucocitos, nos ofrece normalmente, con ligeras oscilaciones circunstanciales y sin importancia, una expresión gráfica de su representación y proporción centesimal.

Pero los leucocitos son elementos especializados para la defensa orgánica, á los cuales, cualquiera sea la teoría que se admita para explicar su modo de obrar y reaccionar enfrente de las infecciones, y cualquiera sea el concepto que de la inmunidad se tenga, venimos á concederles, á fin de cuenta, no sólo la función fagocitaria, sino también la generadora de productos específicos de defensa.

Parece lógico que, al despertarse ó modificarse tales funciones, se acompañasen de cambios visuales de las formas leucocitarias, si bien fuesen transitorios como aquéllas, y que, en consecuencia, el examen microscópico de los glóbulos blancos en tales circunstancias nos sirviera, al sorprender su nuevo estado, de norte para el diagnóstico.

Si ante varias preparaciones de sangre procedentes de diversas clases de enfermos pretendemos distinguir las supuestas diferencias morfológicas ó tintoriales para cada leucocito, y para una misma clase de leucocito según la enfermedad, la desilusión será completa. El polinuclear neutrófilo en una neumonía es igual que en un tífico; el linfocito en un tuberculoso se asemeja al de un sano; el acidófilo de un enfermo con quiste hidatídico es idéntico al de un varioloso; etc., etc. Indudablemente, el glóbulo blanco cambia, modifica ó crea funciones en las enfermedades infectivas; pero de forma ó de reacción tintorial, no, al menos hasta ahora.

Sin embargo, este estudio leucocitario es útil, por cuanto nos enseña que, si bien no se altera la forma y reacción tintorial del leucocito, se presenta, en cambio, en diferente número que el que le corresponde en la fórmula leucocitaria normal. Por desgracia, no existen fórmulas leucocitarias para cada enfermedad, sino para grupos de enfermedades, con excepción de las leucemias. Sólo podemos afirmar, como resultado de esta clase de análisis, que existe una polinucleosis, representación de un proceso agudo, ó una mononucleosis, intérprete de afecciones crónicas. De las mononucleosis debemos deslindar la linfocitosis, expresión frecuente de un proceso tuberculoso.

Si el líquido céfalo-raquídeo y los exudados pleurales, peritoneales, etc., proceden de la sangre, deben contener, al menos en momentos determinados, representación de los elementos en ella contenidos. Conviene, pues, determinar qué células encontramos en el análisis de dichos líquidos, en qué circunstancias aparecen y qué interpretación se les debe dar.

Los elementos que el análisis citológico de estos líquidos pone de manifiesto son: leucocitos polinucleares y mononucleares, glóbulos rojos y células endoteliales. Los tres primeros proceden de la sangre; el último, de la serosa correspondiente.

Glóbulos rojos.—En general, se encuentran en pequeña cantidad y se deben á la punción.

Células endoteliales.—Cuando están en muy corto número y sin alteración de forma, no tienen valor. El líquido céfalo-raquídeo normal tiene un muy escaso número de estas células, difícil de descubrir en muchas ocasiones.

El aumento absoluto, ó en relación con los otros elementos, tiene significación diagnóstica. En la proporción de 96 á 98 por 100, indica una exudación serosa de origen mecánico; por ejemplo, en el edema general, en la obstrucción de la vena porta para la ascitis, etc., y quizás revelen para el líquido céfalo-raquídeo tumores encefálicos y medulares que no fueran de origen tuberculoso ó sifi-

lítico. Sin embargo, en un caso de tumor cerebeloso confirmado por la operación (Dr. Fernández Sanz), el líquido céfalo-raquídeo era tan pobre en elementos celulares, que pareció normal. En cambio, en otros dos casos del Dr. Fernández Sanz, existía en el líquido céfalo-raquídeo, al lado de un gran número de células endoteliales, una cantidad anormal de linfocitos. En uno de estos casos, diagnosticado de tumor cerebral, confirmó la autopsia un tuberculoma del pedúnculo cerebral; el otro, diagnosticado de tumor medular, falta la comprobación.

En los exudados serosos, la presencia de gran número de células endoteliales normales al lado de un gran número de linfocitos, indica solamente una complicación de orden no tumoral en un proceso tuberculoso; por ejemplo, peritonitis tuberculosa complicada de cirrosis hepática.

En ocasiones obsérvase en los exudados pleurales, peritoneales, etc., una cantidad exagerada de grandes células, cuyo núcleo está en activa división karioquinética, y cuyo protoplasma aparece lleno de vacuolas. En realidad, no recuerdan exactamente ni á las células cancerosas ni á las endoteliales, pero se aproximan más á éstas. Sea cualquiera su naturaleza, podemos afirmar que su presencia nos ha indicado siempre la existencia de una neoplasia intracavitaria (varios casos de ascitis en diversos procesos tumorales del abdomen).

Independiente de esto, tampoco hemos podido comprobar nada de anormal en el líquido céfalo-raquídeo de enfermos de la clínica del Dr. Valdés afectos de tabes dorsal. Debe anotarse que dichos pacientes eran tratados por inyecciones medicamentosas intradurales.

No nos debe extrañar que en las condiciones anteriores, y principalmente en los exudados de origen mecánico, no aparezcan los leucocitos ó lo hagan en corto número. Su presencia, debida casi exclusivamente á su diapedesis á través de las paredes de los vasos, tiene que ser solicitada ó favorecida por agentes ó compuestos químicos que obren sobre ellos atrayéndolos. Tal cosa ocurre en la localización de las infecciones en las serosas.

Pero aquí, lo mismo que en la sangre, el leucocito reaccionará en igual forma enfrente de las infecciones. Por esta causa establecimos los fundamentos anteriores.

Linfocitos.—El predominio centesimal de linfocitos en el líquido céfalo-raquídeo y en los exudados peritoneales, pleurales, etc., indica un proceso irritativo crónico sifilítico, ó tuberculoso principalmente, nunca una inflamación aguda. Esto es de gran importancia, pues por este medio puede hacerse un diagnóstico precoz de un pro-

ceso tuberculoso. Rara vez predominan los polinucleares, aunque el proceso tuberculoso de la serosa sea agudo (Sawyer).

Al contrario de lo que ocurre en los análisis de esputos, en los que la ausencia del bacilo de Koch no excluye un proceso tuberculoso, la falta de linfocitos en estos líquidos puede hacerlo.

En ocasiones suele encontrarse en estos análisis citológicos igual número de polinucleares y linfocitos; pues aun así, puede admitirse con gran probabilidad la existencia de un proceso tuberculoso.

Polinucleares.—Cuando el recuento de los elementos celulares acusa un exceso de polinucleares en la proporción de más de un 60 por 100, debemos afirmar que la serosa cuyo líquido se estudia es asiento de un proceso inflamatorio agudo.

Para practicar estos cito-diagnósticos se debe recoger el líquido asépticamente y estudiarlo inmediatamente para evitar la deformidad de los elementos celulares. También es necesario centrifugar los escasos en células.

Basta una gota de una solución débil de azul de metileno para colorear por capilaridad los núcleos de dichas células. La solución de Leishman y la de Ehrlich-Biondi, que tan bella y rápidamente colorea los elementos en las preparaciones secas de sangre, han fracasado en nuestras manos para esta clase de análisis.

Como consecuencia de lo escrito, no esperen los clínicos por este medio la solución completa de sus dudas diagnósticas; pero tampoco deben olvidarlo: el examen citológico de los exudados serosos ó de un líquido céfalo-raquídeo es solamente un gran medio *auxiliar* diagnóstico.

NEFROPTOSES Y QUIMISMO GÁSTRICO

Por el Dr. R. Luis y Yagüe

Del Instituto Rubio.

Uno de los primeros hechos que sorprenden á los que comienzan á concurrir á consultas algo numerosas en pacientes de enfermedades del aparato digestivo, es ver la frecuencia con que á las alteraciones de éste se suma el desplazamiento del riñón derecho, algunas el de ambos, y muy excepcionalmente sólo del izquierdo; á tal punto, que asalta en seguida el ánimo la idea de correlación entre este afecto y las gastropatías.

No podía escapar esta realidad á tan clara inteligencia y perspicacia clínica como la del Dr. García de Arias, que, afanoso de más completo conocimiento de estas dolencias, concurre con asiduidad

al dispensario de estos enfermos en el Instituto Rubio; y de la vivacidad de su impresión da claras muestras la conferencia publicada en números anteriores de esta REVISTA.

Pero ¿existe realmente la subordinación patológica de algunas gastropatías á la nefroptose que quiere deducir de sus observaciones? Difícil, dificilísimo es afirmarlo, sin que la aseveración pueda no ser discutible. No hay aún, cuando menos en la literatura médica clásica y más accesible, datos fidedignos y suficientes para poder afirmarlo categóricamente.

Se menciona, sí, la coexistencia de estos afectos; pero no se establece ante todo la imprescindible relación cronopática, porque sin deslindar de modo claro y preciso cuál fué primero en existir, la nefroptose ó los trastornos gástricos, ó á la inversa, los trastornos gástricos que la nefroptose, no cabe ni es posible establecer relaciones indubitables de causa á efecto. Para que pudiera serlo, sería indispensable que los casos de ambas especies patológicas fueran tan puros y sencillos, que ningún otro elemento morboso extraño á ellas viniera á hacer conjetural el juicio, y que la aparición de los signos físicos de la una fueran siempre ó con mucha frecuencia subsiguientes á los de la otra. Son estas premisas indispensables para poder hacer deducciones.

Pero ¿sucede así? En modo alguno. Ante todo, las más de las veces, porque en Medicina nunca se puede decir siempre, á la nefroptose con gastropatía se suman múltiples molestias ó variadísimos trastornos, que nacidos del fondo neuropático que exige para su desenvolvimiento la dolencia, hacen mal definible el cuadro sintomático y muy difícil su exacta filiación sin exploraciones numerosas y diferentes. Y en segundo lugar, no hay modo de poder averiguar con certeza si cuando apareció el desplazamiento del riñón había ya manifestaciones dispépticas, ó si hubo nefroptose con anterioridad á éstas.

Algo cabe inducir á este respecto de lo que no pocas veces acaece en la clínica, donde es frecuente ver enfermos que no saben la existencia del desplazamiento de su riñón hasta que el explorador experto ó afortunado se lo hace conocer; y si este conocimiento exige comúnmente la exploración del médico que le descubra, ¿cómo señalar la fecha de su comienzo en la generalidad de los casos? Basarla en las afirmaciones de las de la iniciación de las molestias que dan las enfermas, es partir, á mi parecer y sin duda alguna, del prejuicio de atribuirlas sin justificación posible de una ptose, las más de las veces desconocida.

La certeza de este aserto la conocen los que tocan muchos vientres, y de ella hay por necesidad que partir, para no dar á las refe-

rencias de los pacientes valor estimable en cuanto á la iniciación de su nefroptose.

No hemos hecho estudio ninguno seriado á este respecto; pero tratando de orientarnos, hemos examinado los datos de los enfermos inscriptos en nuestra consulta particular: son éstos, mejor dicho, eran en aquella fecha, 957, y sólo en 13 aparece consignada en su diagnóstico la palabra nefroptose. Sólo una vez figuraba como único diagnóstico; y en 12, unida á manifestaciones variadas y más ó menos complejas de aparato digestivo. De aquí cabe deducir una primera afirmación: que la nefroptose simple es, cuando menos en clínica gastro-patológica, la excepción, y la nefroptose complicada lo común.

La nefroptose simple la padecía un hombre, y no se hizo examen de su quimismo gástrico; y de los 12 nefroptósicos complicados eran: 1 hombre y 11 mujeres; la predominancia, pues, en la mujer es tan manifiesta como todos los autores afirman; de estos 12 casos se hizo examen del quimismo, mediante análisis de la comida de prueba de Ewald, en 5, 1 hombre y 4 mujeres, resultando 2 hiperclorhídricos, 2 hipoclorhídricos y 1 con quimismo normal.

Con lo que no cabe poder hacer afirmación ninguna.

Quizás los datos hubieran podido ser más decisivos si hubiera sido dado revisar las historias de 1.700 enfermos inscriptos en la consulta que sirvo de enfermedades de aparato digestivo en la Policlínica Cervera; pero ni he tenido tiempo para efectuarlo, ni ¿por qué ocultarlo? los enfermos están reseñados con aquella exacta minuciosidad, no pocas veces por lo abrumador de su contingente, con que se efectúa en la consulta particular.

No es, por tanto, posible hacer deducciones con valor real, ni los enfermos se estudiaron sistemática y completamente con esta finalidad.

Porque con establecer la correlación cronológica y determinar la primacía en la aparición de unas ú otras alteraciones morbosas, no está hecho todo, sino lo externo, quizás lo más engañoso y menos positivo de la investigación si se quiere resolver con acierto el problema.

Para poder efectuarlo y constituir científicamente este punto de modo definitivo, es indispensable á este fin estudiar ordenada y minuciosamente los enfermos. Primero, y de una parte, determinando la existencia de la nefroptose y su grado, con investigación analítica completa de la orina efectuada por cateterismo ureteral, para tener la certeza de que el riñón ptósico y su uréter son permeables y contribuyen á la función urinaria; y después, y de otro lado, estudiando el quimismo gástrico por análisis de comida de prueba siem-

pre igual, extraída al mismo tiempo é investigada por igual procedimiento.

Sin ejecutarlo así, las afirmaciones no estarán exentas de críticas justificadas, puesto que no pocas veces la uremia se esconde en sus formas larvadas, bajo la apariencia de gastropatías muy diferentes y complejas; y sin la determinación previa de su no existencia, toda sospecha es posible.

Y aun determinados exactamente todos estos extremos, queda un último interesantísimo y que es siempre necesario tener en cuenta: la presión intraabdominal, punto oscuro y realmente aún tampoco definitivamente constituído.

Sábese que internamente hay en el abdomen una presión individual que equilibra la exterior, pero no se conoce cuál es la cifra media exacta de esta presión ni por qué ni cuándo varía, contribuyendo ó siendo causa de los cambios de la estática de las vísceras abdominales. Y esto es necesario intentar determinarlo manométricamente en los nefroptósicos que se observen, porque aun cuando en los más la flacidez de la pared abdominal demuestre claramente que la renitencia y la elasticidad están muy disminuidas, hay otros poco numerosos, pero indudables, en que ni una ni otra aparecen disminuídas y la nefroptose es evidente sin cambio estimable de la presión intraabdominal. ¿Por qué esta diferencia y qué relaciones tiene con el quimismo urinario y gástrico? No creo que es posible predecirla, y toda afirmación exige mucha cautela.

Pero sea la que quiera su causa, y aun cuando la disminución de la presión no sea sólo la que origine el desplazamiento visceral, sino que sea indispensable la relajación de sus medios de fijación y sostenimiento, es indudable que debe ser tenida muy en cuenta.

De la realidad de esta verdad son buena prueba la aceptación general de las ptoses abdominales como especies patológicas, desde que el profesor Glenard las destacó con gran acierto del común de la vaga é innominada patología, donde apenas se mencionaban sin personalidad y sin importancia. Y su interés se ha considerado tal, que sus afirmaciones han constituído una doctrina y toda una escuela la sigue, la difunde y la amplía. Claro que llevarla, como hace Sigaud, con confusa minuciosidad á base de la patología del aparato digestivo, ó á categoría general, como Montennis estudiando los desequilibrados de vientre, es segura y ciertamente concederla importancia desmedida y dañosa para su estimación patológica.

Pero aun sin estas exageraciones, comunes siempre á toda innovación, no puede ser dejada de tener en cuenta, y en un estudio seriado de los ptósicos con finalidad científica es menester determinarla tanto como se pueda, é investigarla, partiendo de datos cono-

cidos, con el cuidado necesario para poder dar á sus resultados valor de conclusión estimable.

¿Puede esto ser efectuado? Sin género ninguno de dudas; y cierto estoy de que si el Dr. García de Arias se lo propone, podrá realizar el estudio con la necesaria colaboración, de modo completo y definitivo, de las verdaderas relaciones existentes entre la nefroptose y las gastropatías.

Y si de estos sucintos juicios fuera posible deducir algunas conclusiones, me atrevería á formularlas del modo siguiente:

Las relaciones patológicas entre las nefroptoses y las gastropatías no están aún científicamente bien establecidas.

Será para ello indispensable ante todo, y tanto como sea posible, la determinación de la afección primaria, para que no quepa suponerlas coincidentes.

Hay que tener en cuenta para ello que existen nefroptoses simples y complicadas.

El estudio simultáneo del quimismo urinario completo y gástrico es imprescindible para poder llevarlo á cabo.

Y lo es también el de la presión intraabdominal.

Sin este estudio completo y seriado toda conclusión será errónea ó muy discutible.

Y debe tratar de evitarse á toda costa por los peligros de las deducciones terapéuticas.

ALGUNAS OPINIONES ACERCA DEL PROBLEMA ETIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS

Por el Dr. Antonio Mut
Del Instituto Rubio.

En el problema etiológico de la tuberculosis existen algunos puntos oscuros que son objeto actualmente de serias y detenidas investigaciones. Refiérense éstas á la unidad ó diversidad de bacilos tuberculosos, á las puertas de entrada de estos mismos bacilos en el organismo y á las vías de propagación en el interior de éste. La primera cuestión parecía ya definitivamente resuelta en el sentido de considerar á estos gérmenes dotados de propiedades distintas, cuando, recientemente, Arloing ha vuelto á poner este asunto sobre el tapete.

Desde los comienzos de estos estudios se creyó, y pasaba como dogma, que el germen de la tuberculosis en el hombre era de igual naturaleza que el de los demás mamíferos. Pero en el año 1901, en el Congreso internacional sobre la tuberculosis celebrado en Lon-

dres, el profesor Roberto Koch presentó una comunicación asegurando que el bacilo de la tuberculosis bovina era distinto que el del hombre, fundándose en la diferencia de forma, en la variedad de cultivos, en los cambios químicos que hacen sufrir á los medios nutritivos, y, sobre todo, en el diferente poder patogénico con respecto á los animales. Muchos autores, sin embargo, han opuesto fuerte y tenaz resistencia á aceptar esta distinción. El profesor Arloing, en una comunicación al 14 Congreso de Higiene y Demografía verificado en Berlín el año pasado, ha mantenido la unidad de la tuberculosis, afirmando, completamente convencido, el estrecho parentesco entre los diversos tipos conocidos de bacilos tuberculosos (humano, bovino, pisciario y aviario). Lo que hay, dice el Dr. Arloing, son razas simplemente ó variedades temporales, cuya aparente fijeza, que es lo que ha impulsado á muchos observadores á considerarlos como especies distintas, no es en realidad más duradera que lo que duran las condiciones del medio que ha presidido á su formación y desarrollo. Esta importante conclusión se apoya en la triple variabilidad de los caracteres morfológicos, vegetativos y patogénicos. Los diversos tipos bacilares pueden englobarse, por así decir, pueden llegar á confundirse, formando una cadena de no interrumpidos eslabones que permite pasar gradualmente del uno al otro.

Fundar, pues, sobre estas diferencias vegetativas, de cultivo y patogénicas, tan variables y movibles, una distinción entre los bacilos tuberculosos y basar en ella principios aplicables á la profilaxis y terapéutica de la tuberculosis, constituye, según este profesor, un verdadero peligro. La opinión del Sr. Arloing no pasa, sin embargo, de ser una concepción muy respetable, pero que está en pugna con la mayoría de las experiencias de otros autores.

La diferencia más importante, verdaderamente fundamental entre los dos tipos de bacilos tuberculosos, es su distinta acción patogénica sobre los animales. Ya Koch señaló que si se inyecta en las venas de una vaca una pequeña cantidad de cultivo de bacilo bovino, el animal muere á las pocas semanas, de tuberculosis pulmonar. Si, por el contrario, se inyecta bacilos humanos, todo se reduce á una reacción local, sin trascendencia al estado general.

El conejo ordinario, inyectado con un miligramo de gérmenes bovinos, muere al cabo de tres semanas, mientras que inoculado con bacilos humanos sólo se produce una infección, después de varios meses, lenta, de marcha tórpida. Weber y Tante concluyen, en un trabajo publicado en *Tub. Arb. aus. d. K. Gesunakeitsamte,* que en la mayoría de los casos en que fué posible aislar el bacilo bovino del intestino, ganglios mesentéricos, y también, por efecto de su generalización, de los ganglios bronquiales, bazo, hígado, pulmón,

amígdalas, cerebro, etc., conserva este bacilo, no obstante su larga permanencia en el organismo humano (hasta seis años y medio en un caso), toda su virulencia para los bóvidos; es decir, que no se *humaniza*. Ochleker ha hecho un estudio bacteriológico de 50 casos de tuberculosis quirúrgicas, resultando 45 casos de tipo humano y 5 de tipo bovino. Este autor ha experimentado con mezclas artificiales de bacilos humanos y bovinos, y ha encontrado que en el conejillo de Indias las dos especies se desarrollan por igual y que en los cultivos el humano puede dificultar, más ó menos, la vida del bovino, aunque nunca destruirlo por completo, pero que si se reinocula este cultivo mixto á un conejo ordinario, el bacilo bovino toma de nuevo gran incremento.

Ochleker entiende, como Behring, que el bacilo bovino es el más patógeno, no sólo para los bóvidos, sino para el hombre mismo. Beitzke concluye también de sus investigaciones anatomo-patológicas en 25 autopsias de niños tuberculosos que la infección de origen exclusivamente bovino es mucho más frecuente de lo que parece. Al profesor Arloing le pasa en este terreno lo que á Marmorek con los estreptococos, el cual sostenía que los gérmenes que producen las diversas formas clínicas de infección estreptocócica en el hombre son de una misma naturaleza; lo mismo que se pensó de los estafilococos, pneumococos, etc. ¿No llegó Naegeli en este sentido á instituir una teoría según la cual todas las formas bacterianas no serían sino modificaciones, variantes de una misma y única especie?

Y es que los investigadores, atentos sobre todo al hecho escueto, experimental, olvidan las leyes universales que rigen á los seres vivos. La cuestión del polimorfismo bacteriano, en que se han apoyado los que han creído ver en este hecho la mejor prueba contra la realidad de las especies, es, por el contrario, el argumento más decisivo en pro de esta noción cuando se la sabe interpretar. ¿No se sabe, en efecto, que el cosmos es un transformador constante, perpetuo, de la estructura y funciones de los seres vivos? ¿Qué de particular tiene, pues, que lo que es un hecho para los animales y plantas de organización superior, de cierta estabilidad química biológica, lo sea también para estas algas microscópicas, unicelulares, de estructura tan elemental y cuya característica es la plasticidad protoplasmática?

¿No es cierto que no solamente pueden cambiar la forma y los caracteres del cultivo de una bacteria dada, según los medios y condiciones en que se desarrolla, sino su poder patogénico, puesto que la propiedad de ser nocivo para el hombre y los animales no es un carácter absoluto, invariable del microbio, sino que esta propiedad puede atenuarse, hasta desaparecer por completo, por la influencia de agentes naturales ó experimentales, y viceversa?

No se me critique estas incursiones en el terreno de la biología bacteriana, pues hoy día es imposible pretender enterarse de nada que haga referencia á las enfermedades infecciosas sin tener un concepto general sobre estos seres, deduciendo de los hechos particulares de laboratorio nociones de orden más elevado aplicables á la clínica. Además, cuando se examinan los hechos bajo un punto de vista más filosófico, pudiéramos decir, se experimenta una verdadera admiración en presencia de la extrema complejidad é importancia de las acciones microbianas. Cuando se ve á ciertas especies que viven en el agua y en el suelo transformar continuamente á la materia orgánica muerta, á la que hacen fermentar para reducirla á términos químicos más sencillos, como los amoniatos compuestos; cuando se observa que otras especies toman estas sustancias amoniacales y las reducen todavía más hasta el nivel de los nitritos y nitratos; cuando nos encontramos con una multitud de bacterias que hacen fermentar á las materias ternarias, desdoblándolas y simplificando sus elementos para volverlas á poner de nuevo en circulación; cuando se descubren otros microbios encargados de fijar el nitrógeno atmosférico en el suelo, entonces es cuando se da uno cuenta de que el papel que desempeñan las bacterias es algo más grande que el que las reduce á su significación en patología; entonces es cuando se reconoce que la idea de gérmenes nocivos para el hombre y los animales es una concepción muy limitada ó incompleta, que desconoce la intervención capital de las bacterias en la economía mundial, transformando la materia orgánica muerta, enriqueciendo continuamente el suelo y haciendo circular eternamente la materia en la superficie del globo, de donde todo parte y adonde todo vuelve.

Las diferencias entre los bacilos humano y bovino, tanto por sus caracteres morfológicos como de cultivo, y sobre todo por sus condiciones patogénicas, parecen ser, pues, bien limitadas y precisas. En cuanto á las puertas de entrada de los bacilos tuberculosos, Calmette, en la Conferencia Internacional de la tuberculosis celebrada en Viena últimamente, se ha declarado abiertamente partidario del origen intestinal de la tuberculosis. Las experiencias de Petit, Vallé, Moussu, demuestran que la ingestión de alimentos contaminados llega á producir lesiones viscerales primitivas, especialmente del pulmón.

El único medio, por otra parte, de provocar con certeza la formación de tubérculos muermosos en el pulmón de los caballos, consiste en administrar á éstos bacilos del muermo con el agua de bebida ó con los alimentos. La perineumonía contagiosa, enfermedad de localización pulmonar por excelencia, no se produce experimentalmente

por inhalación. Vallé ha demostrado ya el origen digestivo verdaderamente frecuente de la tuberculosis de los ganglios bronquiales y mediastínicos. El Dr. Calmette no niega la posibilidad rara del origen respiratorio de la tuberculosis, ya que ciertos experimentadores, Flügge, Findel, Küs, etc., han conseguido transmitir la enfermedad á los animales, valiéndose de ingeniosos procedimientos, por los que se hacían inhalar á los sujetos de experimentación finísimas gotitas de agua impregnadas de bacilos virulentos; pero ni las cosas pasan en la Naturaleza como en las experiencias de laboratorio, ni las lesiones por estos medios provocadas son las características de la tuberculosis pulmonar, sino las propias de la pneumonía caseosa.

Se puede concluir, según Calmette, lo siguiente:

1.° El contagio de la tuberculosis no puede realizarse experimentalmente por las vías respiratorias, como no sea con grandes dificultades, haciendo inhalar á los animales productos tuberculosos en estado de polvo ó partículas líquidas. La inhalación de polvo infectado de bacilos secos no juega sino un papel muy excepcional en el contagio de la tuberculosis por los medios naturales.

2.° La ingestión de productos tuberculosos virulentos ó de cultivos en estado de emulsión líquida da lugar constantemente á la tuberculosis en todos los animales sensibles.

3.° La evolución de la infección tuberculosa es tanto más rápida y más grave cuanto mayor es la cantidad de elementos virulentos absorbidos por ingestión, y cuanto más repetidas, á cortos intervalos, se producen esas absorciones.

4.° Las lesiones tuberculosas aisladas, resultantes de una infección única, pueden curar. Esta curación confiere una inmunidad, cuya duración no se conoce todavía exactamente, contra nuevas infecciones por la vía digestiva.

5.° La herencia parasitaria de la tuberculosis, resultante de una infección por el útero, es extremadamente rara y no puede considerarse, por tanto, como un factor de importancia en el contagio de la tuberculosis.

6.ª La noción del terreno tuberculoso ó de la heredo-predisposición debe ser abandonada, en tanto la experimentación demuestra que la infección tuberculosa es siempre posible en los animales sensibles (?) (¡Qué herejía científica, señores!) En resumen, para este sabio profesor, el contagio de la tuberculosis se efectúa corrientemente por la ingestión de bacilos virulentos en estado de emulsión fina; el contagio respiratorio es despreciable; la herencia parasitaria, casi nula; el terreno sobre el que se implanta el germen, noción que debe ser abandonada. Y no crean ustedes que el Sr. Calmette es el único que así digiere é interpreta los resultados de la experi-

mentación en perros, conejos y gatos; no. El eminente profesor Landouzy, en un informe á la VI Conferencia internacional de la tuberculosis, también opina que la respiración no juega sino un papel muy secundario en la penetración del virus tuberculoso en el hombre cuando las mucosas de las vías aéreas se hallan en estado de perfecta integridad. No se atreve á hacer la misma afirmación en los casos en que dichas mucosas se encuentren erosionadas ó inflamadas. De todos modos, dice, la anatomía patológica demuestra el origen vascular del nódulo tuberculoso, y hay que inclinarse ante los hechos. Los trabajos de Letulle probando que el folículo tuberculoso tiene su punto de origen en embolias bacilares sanguíneas, destruyen por completo todas las experiencias, por ingeniosas que sean, de Kürs y de Lobstein, pretendiendo demostrar la contaminación por la vía respiratoria. En cambio, el contagio tuberculoso ofrece toda clase de facilidades para realizarse por la ingestión de productos virulentos ó de cultivo en estado de emulsión líquida. La evolución tuberculosa es tanto más rápida y tanto más grave cuanto mayor es la virulencia de los bacilos ingeridos y la absorción de los mismos es más repetida á cortos intervalos.

El profesor Landouzy termina por hacer las siguientes observaciones, como orientación deducida de sus experiencias:

1.ª En la lucha antituberculosa, el problema radica ante todo en la lucha contra el bacilo.

2.ª Aconsejar á los enfermos que no se traguen jamás sus esputos.

3.ª Luchar de todos modos contra el esputo y la saliva de los tísicos.

4.ª Exigir que la leche y sus derivados sean asépticos.

5.ª Proteger los alimentos contra los polvos nocivos.

6.ª Persuadir al público que la limpieza de la cocina es la responsable muchas veces de la salud de toda una familia.

7.ª Impedir que los niños se arrastren por el suelo é introduzcan en la boca objetos sucios, frecuentemente contaminados, y también los dedos, impregnados de toda clase de inmundicias.

Como se ve, el Dr. Landouzy tampoco dedica una sola palabra al organismo humano, al terreno, el cual, por lo visto, no juega más que un papel completamente pasivo.

Ravenel (de Filadelfia) ha dado á conocer sus trabajos experimentales, de los que se deducen las siguientes consecuencias: El tubo digestivo es lo más frecuentemente la puerta de entrada del bacilo de la tuberculosis, el cual puede pasar á través de la mucosa digestiva sin producir lesión. Este acto tiene lugar especialmente durante la digestión de las sustancias grasas. Los bacilos pasan con

el quilo al conducto torácico, y de aquí á la sangre, que los conduce á los pulmones, donde son retenidos en su mayor parte como por un filtro.

De estos y otros trabajos dedúcese, en consecuencia, que para un buen número de investigadores la puerta de entrada principal de la infección tuberculosa es la vía digestiva, y que la respiratoria ocupa un lugar muy secundario. Noción ésta de una importancia y trascendencia clínica de primer orden, de la cual, por suerte ó desgracia, no participan todos los experimentadores. Y si no, ahí están los trabajos de Flügge para demostrar, como lo ha realizado en caballos, conejos, cabras, terneras, perros, que es suficiente una pequeñísima cantidad de bacilos para dar lugar en estos animales á la tuberculosis pulmonar por fijación de aquéllos en los bronquios capilares, mientras que son necesarias dosis enormes de bacilos para realizar la infección por la vía digestiva, y que animales que resisten á la infección intestinal acaban por hacerse tuberculosos por la inhalación de partículas bacilíferas en el aire.

La forma más común de contraer la tuberculosis es, pues, para Flügge, la inhalación de aire bacilífero, y los productos más peligrosos para el contagio son los arrojados con los esputos y con las partículas de saliva expulsados por los pacientes en el momento de escupir, estornudar ó hablar. Ribbert (de Bonne) dice que el sitio de predilección de la tuberculosis son los ganglios bronquiales y los pulmones. Frecuentemente, la única tuberculosis demostrable en la autopsia es la adeno-bronquial.

Fuera de los casos de tuberculosis pulmonar progresiva, casi siempre se encuentran en los ganglios bronquiales las lesiones primitivas iniciales que más tarde han de evolucionar. La infección intestinal debe colocarse en segundo lugar, y no es comparable de ningún modo con la infección por el aire. La introducción del virus por la vía digestiva apenas se puede tener en cuenta para la génesis de la tuberculosis de los ganglios bronquiales y de los pulmones. En los casos de tuberculosis mixtas de intestino y pulmón, ambos modos de infección pueden realizarse simultánea ó sucesivamente.

Weber llama la atención sobre estos hechos de infección mixta. Se puede admitir, dice, la tuberculosis intestinal por el bacilo bovino; pero la presencia de este bacilo en un esputo no autoriza á suponer una tuberculosis pulmonar de origen bovino, sino simplemente á sospechar una asociación ó coincidencia, como sucede con otros bacilos ácido-resistentes. El hecho de que Lovenstein aislara del esputo de una joven tísica bacilos aviarios, no prueba que la enferma muriera de una tuberculosis aviaria, toda vez que no se determinaron los caracteres del cultivo de un modo que no diera lugar á du-

das, ni se demostró el resultado de la inoculación al conejillo de Indias. Añadiríamos aquí los trabajos de Küss, de Courmont y otros, y obtendríamos, en consecuencia, como resultado final, el hecho de que hay tantos y tan célebres experimentadores en el campo de la infección tuberculosa por la vía respiratoria como existen en el de la infección por la vía digestiva. ¿Qué debe pensar el clínico? ¿A qué carta quedarse? ¿Los bacilos tuberculosos se respiran ó se tragan? (No señalemos, para no aumentar la confusión, las experiencias de Courmont y Lesier, que demuestran el paso de los bacilos tuberculosos á través de la piel *intacta* y, lo que es más extraordinario, su posible generalización.)

Al llegar á este punto, y en el estado actual de la cuestión, no hay más remedio que echarse en brazos de la Lógica, cuya ciencia parece del todo olvidada en los tiempos que corremos, atentos exclusivamente al detalle experimental. La ciencia genuina de las leyes formales del pensamiento, apoyada en los principios del espontáneo razonar, constituye fundamento positivo de toda otra ciencia, y demuestra que si las cosas suceden así, es porque racionalmente no pueden suceder de otra manera.

Pues bien: el pensamiento lógico imparcial, colocado en sitio muy alto, adonde no llegan las intransigencias de escuela ni los resquemores ni falso pudor científicos, entrevé claramente la probabilidad, más bien, la seguridad de que ambos modos de infección—respiratorio é intestinal—son igualmente posibles, y de que su frecuencia ha de estar en relación con las condiciones particulares de la vida que vivan los individuos. Así, ¿no es razonable que la introducción del germen de la tuberculosis ha de ser lo más á menudo, en el niño, por la vía digestiva? Pero si esto es así, si la razón lo dicta y la experimentación lo confirma, ¿por qué empeñarse en sostener esta misma puerta de entrada casi exclusivamente para el adulto y aun para los niños naturales de Siam, Egipto, India y Persia, donde no se acostumbra á usar para la alimentación la leche de vacas, y, sin embargo, abunda la tuberculosis pulmonar?

Es preciso que el clínico conserve suficiente serenidad de ánimo para no inclinarse demasiado pronto por el último experimento practicado en los animales. Es verdad que los más recientes trabajos de laboratorio han dado nueva luz sobre el origen intestinal de la tuberculosis pulmonar, y que la primitiva opinión de Koch de que la tuberculosis bovina es muy difícil de transmitir al hombre ha sufrido profunda decepción; pero de aquí á negar la vía respiratoria ó, por lo menos, á disminuir considerablemente la altísima importancia que para el contagio tiene la inspiración de aire contaminado por partículas bacilíferas, va una gran diferencia. Y si por

un lado modernos estudios nos hacen ver (ó creen hacernos ver) los peligros de la sobrealimentación, y por otro indirectamente nos niegan la utilidad del aire puro del campo y la montaña, ¿qué es lo que vamos á hacer con los pobres tuberculosos?

EMBARAZO EXTRAUTERINO

POR EL DR. POLICARPO LIZCANO
Del Instituto Rubio
y Jefe de la consulta de Ginecología de la Casa de Socorro de la Inclusa.

(CONTINUACIÓN)

Retroversión del útero grávido.—El hematocele va precedido de una sola falta menstrual, mientras que en la retroversión uterina es preciso que falten por lo menos tres períodos para que aparezcan síntomas que obliguen á la enferma á solicitar asistencia médica.

Continuidad del cuello uterino con el tumor en la retroversión; el útero grávido en retroversión se limita bien por todos lados; su fondo es convexo, como se nota por la exploración rectal, al contrario que el hematocele, que es más difuso, más ancho, se extiende á los lados sin límites precisos, rebasa el sacro y no tiene la superficie lisa del útero grávido.

Si durante la exploración se observa que varía la consistencia del tumor, endureciéndose momentáneamente (contracciones uterinas), significa que dicho tumor es el útero grávido.

El orificio uterino mira hacia adelante en el útero grávido y directamente abajo en el hematocele. En éste, el cuello del útero suele estar muy elevado, detrás de la sínfisis, siendo difícil alcanzarle; todo lo contrario sucede en la retroversión.

Existen muchos casos en que el diagnóstico es imposible, aconsejando la prudencia abstenerse de toda intervención quirúrgica, que resultaría lamentable y peligrosa, hasta que el curso de la enfermedad esclarezca si hay ó no embarazo.

Tumores quísticos retro-uterinos (quistes ováricos, hidrosalpinx, etc.).—Fluctuación ó renitencia, movilidad mayor ó menor, evolución lenta, no dolorosos; el hematocele retro-uterino está francamente situado en la línea media y posterior, rebasa los bordes de la matriz, y su consistencia, lejos de ser constante, pasa por tres fases: fluctuación, induración parcial con puntos fluctuantes y, por último, induración total.

Entre las afecciones que pueden confundirse con el *hematoma* debemos insistir en la parametritis, cuyo comienzo, etiología, sín-

tomas, etc., son completamente distintos; pero la identidad de localización (ligamento ancho) exige este diagnóstico diferencial.

La parametritis tiene un principio nada brusco; sus síntomas van poco á poco acentuándose, y es consecutiva á una infección puerperal generalmente. No ofrece síntomas de anemia aguda como el hematoma, y existe fiebre intensa de carácter remitente, con escalofríos.

El tumor de la parametritis es duro desde el principio; más tarde blando, si supura.

El hematoma supurado se distinguirá de la parametritis supurada en que en ésta la fiebre es inicial, y en el primero no se presenta sino más tarde. La menorragia vota en pro del hematoma.

A veces, el pus del tumor hematocélico diseca el tabique rectovaginal, abomba el fondo de saco posterior simulando un útero grávido retrovertido, cuyo importante diagnóstico suele ser muy delicado.

Salpingitis.—Error casi fatal si faltan fenómenos simpáticos del embarazo. Se averiguará cuidadosamente la anamnesia de las reglas; si existe retraso de unos días, hemorragia continua y negruzca, etc., con ó sin caduca expulsada, nos inclinaremos al embarazo ectópico. Es más propio de la salpingitis la existencia de antecedentes puerperales ó blenorrágicos, que se observe dolores agudos, fiebre, fenómenos peritoníticos y leucorrea.

Piosalpinx.—La trompa deformada, irregular, nudosa ó flexuosa, en forma de salchicha, dolorosa á la presión, poco movible, muy á menudo adherente. En el embarazo ectópico se nota el ovario independiente: la trompa opuesta sana, al contrario de lo que sucede en la salpingitis, que siempre es bilateral la lesión. Examinada su evolución, se nota que la trompa grávida aumenta progresivamente de volumen y la salpingitis queda estacionada, ó el aumento es más tardío.

De tres á cinco meses.—El vientre aumenta de volumen, alcanzando el quiste fetal las dimensiones de una naranja, se eleva en la cavidad abdominal y simula entonces un útero grávido.

Embarazo normal.—Se notan dos tumores, quiste fetal y útero, diferenciándose por su situación y consistencia, y en último extremo puede usarse el histerómetro, que demostrará la vacuidad del útero. En la gestación normal llega el útero á los tres meses 9 centímetros por encima de la sínfisis; á los cuatro meses, 15 centímetros, y á los cinco meses rebasa el ombligo; en cambio, en la gestación tubaria está siempre la hipertrofia del órgano por debajo de estas cifras.

En la gestación normal el útero es globuloso, situado en la línea

media, y en la ectópica, al contrario, el útero conserva su forma y se desplaza lateralmente por el quiste fetal. El útero grávido es movible y presenta contracciones y relajaciones alternativamente durante las maniobras exploratorias.

Aborto.—Aparte de los síntomas diferenciales indicados, la hemorragia y coágulos son más abundantes que en el ectópico, donde la caduca es expulsada entre pequeños coágulos sanguíneos. El examen del producto eliminado aclara la duda. El útero evoluciona normalmente después del aborto, pero en el embarazo ectópico queda grueso y con el tumor lateral sin modificarse. La histerometría es otro medio diagnóstico.

Retroversión grávida.—En ella faltan tres reglas para que ocasione síntomas de importancia, y en el ectópico no suele haber más que una falta. No se aprecia ningún otro tumor al lado ni detrás del útero, como sucede en la gestación tubaria. La hemorragia de la gravidez normal es por brotes, rutilante é intensa, y en la ectópica es negruzca, continua y escasa. Acompaña á la retroversión retención de orina, y por el tacto vaginal y rectal se delimita claramente el útero.

Quistes y fibromas.—Diagnóstico difícil. En el quiste no existen dolores, ni signos de embarazo, ni amenorrea; el tumor es movible y aislable del útero.

Período de retención.—En el embarazo normal no permanece el huevo más de diez meses en la cavidad uterina; por lo tanto, «si once meses después de la fecha supuesta de la concepción no se ha expulsado un feto muerto, se puede deducir la existencia de un embarazo extrauterino». (Auvard.)

Tumor que se desarrolla progresivamente y que no pasa de cierto volumen, sea después del falso trabajo ó pasados los nueve meses, es embarazo ectópico. La inmovilidad es más rara en los fibromas y quistes que en el embarazo extrauterino.

Después de los cinco meses.—Antecedentes: Hemorragias, dolores, expulsión de falsa caduca. Se observa el tumor fetal adherido por abajo, á veces completamente inmóvil, cosa que no ocurre en el embarazo normal. El quiste fetal no se ablanda ni endurece á la palpación; el útero grávido, sí. Útero algo hipertrofiado se aprecia situado al lado del quiste fetal, y si penetra el dedo por el cuello entreabierto no encuentra partes fetales.

Para esta época ya se han presentado síntomas ciertos de embarazo; lo que se ignora es si es intra ó extrauterino. Feto superficial en el embarazo ectópico, y á su lado otro tumor que es el útero.

Los tumores crecen, pero el quiste fetal regresa después de la muerte del feto, apreciándose entonces la crepitación ósea.

Duración de la gestación tubaria.—Lo más común es que la gestación termine bruscamente, después de un período bastante corto, originando una serie de accidentes más ó menos serios; en efecto, la evolución del embrión fuera de la cavidad uterina se hace en pésimas condiciones.

En casos raros llega la gestación tubaria á término normal, no faltando observaciones de haber extraído niños vivos por una intervención; mas para que el feto pueda desarrollarse es preciso que la trompa sufra una gran dilatación ó se haya roto dentro del ligamento ancho. Pero la distensión é hipertrofia de la tuba, necesaria á permitir el desarrollo del huevo hasta término, se observa pocas veces, 2 casos de Parry y 1 de Maygrier debido á Litsman, pues casi siempre se rompe.

En cuanto á la gestación abdominal primitiva ó secundaria, puede llegar á término; reseñando á continuación 4 casos notabilísimos de dos grandes maestros de la Ginecología española: uno del Dr. Recasens y 3 de nuestro ilustre maestro D. Eugenio Gutiérrez.

El Sr. Dr. D. Sebastián Recasens cita un interesante caso, por más de un concepto curioso, ya por el modo como se desarrollaron los hechos, ya por las dudas diagnósticas, y ya porque la intervención operatoria en los embarazos extrauterinos difiere según los casos. Si se trata de la ruptura de la trompa grávida con hemorragia cataclísmica, debe practicarse inmediatamente la laparotomía en posición de Trendelemburg, é ir á buscar sin pérdida de tiempo el punto de la hemorragia. Se toma la trompa, se coloca una pinza al ras del útero y otra en el ligamento infundíbulo-pélvico, se evacua la sangre del abdomen, se extirpa la trompa, se hacen las ligaduras, y, según los casos, se termina cerrando el abdomen completamente ó dejando un taponamiento á lo Mikulicz. Cuando la sangre está enquistada, cuando se tiene un hematocele, está también indicada la intervención. Ésta se hará por colpotomía en los casos de hematocele francamente accesibles por la vía vaginal, por laparotomía en el caso contrario.

Trátase de una multípara que tuvo una lipotimia con grandes dolores en la fosa ilíaca izquierda, y que percibió los movimientos activos del feto con dolores de parto (porque ya estaba fuera de cuenta), y que, sin embargo, no arrojaba agua, sino sangre pura. La comadre anunció al principio la proximidad del parto; pero al cabo de cuarenta y ocho horas con ella, no sintió los movimientos del feto, ni signo alguno positivo de que se aproximase el parto.

Se trataba de un embarazo ectópico con falso trabajo del parto, y cuya preñada fué de ceca en meca, ó sea de una parte á otra, y

de aquí para allí, de consulta en consulta, para ver si estaba embarazada ó no, y sólo el Dr. Becerro hizo el diagnóstico de *quiste fetal* con feto desarrollado á término é infección pútrida del mismo, y tal era también la opinión del Dr. Recasens.

En Enero presentaba un pulso por debajo de 80 pulsaciones, un estado de abatimiento físico y moral, y se le indicó la conveniencia de la intervención, y á los diez y seis días tenía 40 grados y 140 pulsaciones, con síntomas gástricos, manifestaciones diarreicas, y en un estado tal de gravedad, que le hizo mal efecto al orador cuando entró en la clínica, en donde le pusieron vejigas de hielo al vientre y se decidió la intervención. Practicada, con las precauciones antisépticas hoy día clásicas, la laparotomía para la extirpación del tumor, fué tal el olor al incindirlo y la fetidez extraordinaria, que no se podía aguantar al extraer un feto de 2.500 gramos de peso y unos 52 centímetros de largo, con casi todas las articulaciones desprendidas y completamente putrefacto. Notó que las aguas alteradas que acaso ayudasen á la disolución del feto con trabajo de reabsorción, y hallando que debía haber una perforación intestinal por el hecho de haber encontrado materias fecales alrededor con infección colibacilar y el mal estado del líquido amniótico; por las muchas adherencias no pudo reconocer la perforación de este conducto membranoso muscular, en sus plegaduras y vueltas en el interior del abdomen. El operador dejó un desagüe amplio, y á los seis ó siete días comenzó á salir una materia fecal y sanies, presentándose un colapso cardíaco, y se murió la enferma.

Creo, añade, que para enseñanza se deben presentar los casos malos; y por los hechos presentados en este caso de embarazo tubario primitivo, con síntomas dolorosos en el lado izquierdo y rotura de la trompa derecha en su tercio externo.

El óvulo, fecundado en general en el tercio externo de la trompa, y á veces en el mismo ovario, puede injertarse para su desarrollo en diferentes puntos de la zona genital y constituir otras tantas variedades del embarazo.

De ahí el embarazo *ovárico*, embarazo *peritoneal* ó abdominal, embarazo *tubario* con sus tres variedades: el *uterino* ó fisiológico, el del *cuello* del útero ó cervical y el *vaginal*. En el embarazo tubario se halla el tubo-ovárico ó del pabellón, el tubario propiamente dicho y el intersticial ó tubo-uterino.

Lo raro es que esta mujer pudiera pasarse oportunamente seis ó siete meses sin diagnóstico, y la rapidez del cambio súbito y pronto en un momento dado, desde que comenzó la intoxicación pútrida tan grande.

Recuerda también el caso de una mujer anciana que se le encon-

tró un embrión que permaneció muchos años enquistado sin dar lugar ni ser causa alguna determinante del estado séptico.

La indicación es que un quiste fetal de esta índole se debe operar en cuanto sea diagnosticado, y la laparotomía no debe ser ya el espantajo terrorífico de nuestros antepasados. En este caso de evolución de un embarazo tubario desarrollado secundariamente en la cavidad abdominal, tenía la placenta su punto de partida de la trompa rota. Según el lugar de la ruptura del huevo, cae ya en la cavidad peritoneal, de donde resulta la hemorragia, el hematocele y la peritonitis ó embarazo abdominal secundario, ya en el espesor de los ligamentos anchos, ó la continuación del embarazo al abrigo de las mismas hojas que constituyen estos ligamentos; pero en el caso citado había la rotura de la trompa.

Al no encontrar la fístula á pesar de una minuciosa exploración, dado el proceso escarótico por el que salieron las materias fecales más tarde, ya que el quiste se hallaba adherido á la cara posterior del útero, parece que hay un error de técnica, ya que practiqué una histerectomía para ver si desde abajo arriba podía desprender el quiste de sus adherencias y cerrar la fístula, que no pude ver, á pesar de ello.

Termina el Sr. Recasens haciendo otras consideraciones de este caso interesante sobre el punto de vista clínico y patogenésico.

CASOS DE EMBARAZO ABDOMINAL LLEGADOS Á TÉRMINO

El Dr. D. Eugenio Gutiérrez y González dice que, aun no siendo frecuentes los embarazos ectópicos que llegan á término, él ha visto tres.

El primero fué de una mujer de la Ronda de Embajadores, de treinta y un años de edad, casada, natural de Herrera (Lérida). Primera menstruación á los trece años; siempre normal esta función. Un parto fisiológico el 6 de Febrero de 1879. Tuvo su última regla el 12 de Diciembre de 1891; es decir, que transcurrieron doce años y diez meses entre ambos embarazos, gozando en este tiempo de buena salud. Durante el primer mes no se presentó más síntoma que repugnancia por los alimentos; en el segundo, ó sea en Enero de 1892, tuvo vómitos, perversión del apetito, estreñimiento pertinaz, disuria. El 29 de Febrero, ya en el curso del tercer mes, á las dos de la tarde, y después de beber un vaso de agua de limón, sintió un vértigo, palideció y cayó al suelo sin sentido. A los pocos minutos volvió en sí, vomitó abundantemente, y de pronto sintió un dolor agudísimo en el interior del vientre, seguido de hemiplegia izquierda. Al ser trasladada á la cama como una masa inerte, y loca por el dolor, comenzó

á fluir por la vulva serosídad sanguinolenta en regular cantidad. Este estado persistió durante tres días, y poco á poco fué desapareciendo el dolor, cesaron los vómitos, comenzó á mover los miembros paralizados, y pudo presentarse en nuestra consulta del Instituto el 7 de Mayo. Entonces pudimos apreciar un tumor blando, pastoso, que llenaba el fondo peritoneal de Douglas, deprimiendo la vagina, y se prolongaba hacia la fosa ilíaca izquierda; la matriz estaba rechazada hacia adelante y arriba, y parecía tener continuidad con el tumor, por lo cual nos inclinamos al diagnóstico de hematoma subperitoneal, aunque el médico que la había asistido durante el accidente, y que ya ha muerto, creyera (sin razonarlo) en un embarazo extrauterino, lo cual motivó una discusión, tanto en el Instituto Rubio como en la Sociedad Ginecológica, donde fué presentada la enferma el 17 de Mayo.

En el mes de Junio advirtió esta mujer los primeros movimientos activos del feto, fijándose ya el diagnóstico de un modo definitivo, sobre todo después que con la histerometría se comprobó la vacuidad del útero, quedando sometida la enferma á observación, para ser operada en época oportuna.

Pasó hasta el 2 de Octubre con algunas molestias, sin poder dedicarse á sus ocupaciones, y en esta fecha practicamos un reconocimiento que nos permitió comprobar lo siguiente: el vientre, por su forma y volumen, era parecido al que corresponde á un embarazo de término; los genitales externos estaban edematosos y con un color vinoso, y la vagina infiltrada, caliente y del mismo color que la vulva; el cuello uterino, blando, edematoso y bastante dilatado su conducto, estaba situado por detrás y á la derecha de la sínfisis pubiana, pero no tan alto como en el primer reconocimiento; los fondos de saco vaginales, muy bajos y ocupados por la extremidad cefálica del feto, cuyas suturas podían tocarse bien; la cabeza fetal, enclavada en el estrecho superior y muy poco ó nada movible; á la izquierda de la línea morena, y en la región infraumbilical, se percibía claramente el soplo placentario, y más abajo el latido cardíaco del feto; á la derecha, y por encima de la cicatriz umbilical, se podía abarcar con ambas manos la extremidad pelviana, siendo muy perceptibles los movimientos activos.

Atacada de la gripe, esta enferma no pudo ingresar en la clínica en los primeros días de Octubre, como la aconsejamos en vista de haber pasado ya el término probable de la gestación, y no lo hizo hasta el 24 del mismo mes, diciendo que desde el día 14 no sentía los movimientos de la criatura, y que creía se había muerto. Con efecto, la auscultación y la falta de movimientos del feto nos demostraron que era cierta la presunción de Josefa; en vista de lo

cual, y para evitar los peligros de una hemorragia en el acto operatorio, aplazamos éste hasta que estuviera atrofiada la circulación de los anejos fetales.

En 21 de Noviembre practicamos la laparotomía, extrayendo una hermosa niña, de 4 kilos y medio, muy desarrollada, de todo tiempo y aun algunos días más, sin el menor signo de maceración, y cuya posición dentro del saco era la indicada en el reconocimiento. Pudimos desprender sin hemorragia importante la placenta, adherida al fondo y lado izquierdo del saco fetal, y resecamos parte de éste, marsupializando el resto, que, como formado á expensas del ligamento ancho izquierdo, era inextirpable. La operada, que tuvo una convalecencia prolongada, como era de esperar, salió curada del hospital el 20 de Enero de 1893.

El segundo caso de *embarazo ectópico que llegó á término* fué el siguiente: María N., natural de Puente de San Miguel (Santander), de treinta y cuatro años de edad, casada, labradora. Tuvo su primera menstruación á los diez y seis años, y siempre con regularidad sólo interrumpida durante los embarazos, el primero de los cuales comenzó al mes de casada y terminó á los cuatro por aborto. Después ha tenido esta mujer siete partos normales en el transcurso de los catorce años de su matrimonio, habiendo ocurrido el último en Mayo de 1900, y cuyo hijo lactó durante veinticuatro meses.

En Abril y Mayo de 1902 faltó la regla, y en 13 de Junio del mismo año se presentó el aborto. A las tres semanas de éste, ó sea el 4 de Julio de 1902, reapareció la menstruación, no volviendo á presentarse en los meses sucesivos, durante los cuales la enferma fué notando todos los síntomas de un embarazo normal, sintiendo los movimientos activos del feto en el curso del quinto mes, á la vez que tuvo algunos vómitos y sensación de bolo histérico.

Nada ocurrió que llamase la atención de esta mujer, ya bien práctica en estos asuntos, hasta los primeros días de Abril de 1903, en cuya época advirtió que sus piernas estaban edematosas, á lo cual no atribuyó gran importancia ni por ello consultó con el médico, hasta que el día 9 del mismo mes estalló un ataque de eclampsia, primero de la serie, que puso en peligro su vida.

En estado inconsciente permaneció hasta el día 14, habiéndose presentado dolores de parto durante los ataques, y las primeras palabras que la enferma pronunció al recobrar el cononocimiento fueron para preguntar por su hijo, cuyos movimientos ya no sentía.

En los días siguientes notó la subida de la leche, disminuyendo después el volumen de las mamas, y más lentamente el del abdomen. El día 9 de Mayo, es decir, al mes justo, apareció la menstruación, suspendida desde el 4 de Agosto de 1902, y ha seguido regu-

lar, aunque abundante, hasta el 20 de Octubre de 1903, época de aparición de la última.

Hallábame veraneando en una villa próxima al pueblo de residencia de esta enferma, cuando recibí el 20 de Julio su visita con una recomendación de mis compañeros los Sres. Sánchez Peña y Salazar, á quienes ofrecía muchas dudas el caso.

Ellos la habían asistido durante sus ataques de eclampsia, que tan felizmente supieron conjurar; habían apreciado los movimientos activos del feto en los primeros momentos, por lo cual no dudaron de la existencia de un embarazo normal, en cuyo curso había sobrevenido la gravísima complicación de la eclampsia; y, sin embargo, no podían explicarse que éste no hubiese tenido lugar y la enferma continuara en el más perfecto estado de salud, pero con un tumor abdominal de tan extraño curso.

Tan raras circunstancias sirvieron para excitar más mi curiosidad y para obligarme á practicar un examen detenido del caso.

Nada revela en el estado general de esta enferma la menor alteración; salvo la incertidumbre del resultado que pudiese tener el tumor que llevaba en el vientre, ninguna molestia la obligaba á alterar su vida y régimen habituales ni tampoco á buscar los auxilios de la ciencia.

Todos sus aparatos orgánicos funcionaban con perfecta normalidad: sólo le preocupaba la existencia del tumor, cuya naturaleza y consecuencias deseaba conocer.

Curiosa por demás era esta historia clínica de embarazo, al parecer normal, que al llegar á su término, y después de anunciarse los dolores de parto en medio de los ataques de eclampsia, no termina por la expulsión del feto.

Cuando la reconocí, tres meses después de esta crisis, la enferma presentaba un vientre tan abultado como el que corresponde á una gestación de ocho meses, pero de forma especial: el tumor era esférico, nada movible, de superficie lisa y consistencia elástica, haciendo gran relieve en la región umbilical y parte superior de la hipogástrica, dejando entre su segmento inferior y el pubis un gran espacio vacío, en el cual la sonoridad era timpánica. Si alguna movilidad podía apreciarse, era empujando de abajo arriba.

Por más que exploré con detenimiento, no pude notar partes fetales á través de sus paredes; en cambio, era muy perceptible la fluctuación en algunos puntos, contrastando con la relativa dureza de otros. Tampoco pude comprobar á la auscultación soplo alguno.

La matriz, que se hallaba en anteversión y muy movible, medía 7 centímetros de longitud. Al tacto vaginal aparecía libre de toda tumoración la excavación pelviana.

En vista de estos datos, expuse á la enferma la necesidad de una intervención quirúrgica, entregándole al mismo tiempo una carta para su médico de cabecera, Sr. Salazar, en la que le decía que, si bien la historia del caso y los datos por él recogidos hacían firme el diagnóstico de un embarazo, éste no había tenido lugar en la matriz, cuyo órgano se encontraba en estado normal, ni tampoco en la trompa, primero, y secundariamente en la cavidad abdominal ó en el ligamento ancho, por la falta absoluta de todo trastorno durante la gestación que así lo hiciese sospechar; de ser embarazo este tumor, tenía que haberse desarrollado el feto desde un principio en la cavidad peritoneal, cosa no admitida hoy por la ciencia.

Por otra parte, los caracteres del tumor lo mismo podían corresponder á un embarazo extrauterino con feto muerto que á un quiste ovárico, no siendo excepcional la coexistencia de la albuminuria con estos tumores. Una ú otra especie tumoral sólo ofrecía un tratamiento: la *laparotomía,* que aplazamos hasta mi regreso á Madrid, ingresando la enferma en el Instituto Rubio á mediados de Octubre de 1903.

El día 4 de Noviembre, y con las dudas consiguientes en el diagnóstico, practiqué la operación siguiente:

Incindida la pared abdominal desde el pubis al ombligo, y después de despegar el peritoneo de la superficie del tumor en el sitio de la incisión, apareció la cubierta de éste de color amarillo verdoso (color de hoja seca), indicio cierto de la mortificación y de la naturaleza hemática del contenido líquido, lo que parecía comprobar el diagnóstico de quiste. Este se hallaba total é íntimamente adherido á la pared anterior y lateral derecha del abdomen, tanto que se había apropiado el peritoneo parietal; y por su parte súpero-anterior estaba recubierto por el gran epiplón, enormemente hipertrofiado, que se soldaba á su cubierta.

Destruída la adherencia parietal y resecado un trozo de epiplón, después de vaciar con el trócar el contenido líquido, que tenía un color rojo sucio, achocolatado, con grumos de materia sebácea, procedí á despegar por la parte posterior algunas asas intestinales, y, sobre todo, el colon ascendente en la porción del ciego, cuyo apéndice se adhería íntimamente al saco, no quedando ya el quiste sujeto más que por una especie de pedículo ancho y grueso al repliegue infundíbulo-pelviano del lado derecho.

Al sacar el tumor, así liberado, fuera del vientre, sus frágiles cubiertas se rompieron y asomó el feto femenino, resolviendo las dudas del diagnóstico.

Pero tratando de averiguar el origen de este embarazo ectópico, puse al descubierto el aparato genital interno, viendo con sorpresa

que la matriz, los ovarios y las trompas estaban completamente sanos y libres de toda adherencia, lo mismo que el fondo peritoneal de Douglas, en el cual no existía el menor indicio de coágulo ni de falsa membrana.

Apurando más el examen delante de cuantos profesores presenciaban la operación, traté de investigar el estado de la trompa derecha (que ninguna relación tenía con el tumor ni ofrecía señales de lesión ni divertículo alguno) é introduje una sonda á través de su pabellón, que fácil y holgadamente pasó el istmo.

En ambos ovarios había algunos folículos quísticos, que puncé con el termocauterio.

El quiste fetal se había desarrollado por encima del estrecho superior, á partir del repliegue peritoneal infundíbulo-pelviano, y su polo inferior servía de bóveda al aparato genital interno, teniendo sus más firmes adherencias á modo de pedículo en el repliegue falciforme y fosa ilíaca por abajo, y en el epiplón por delante y arriba, precisamente en el punto de implantación de la placenta, pudiendo decir que el gran epiplón hizo las veces del útero, pues á sus expensas principalmente se nutrió el feto.

La operada tuvo una convalecencia feliz, sin fiebre ni trastorno de ninguna especie, y regresó á su país en 1.° de Diciembre.

El feto femenino midió 49 centímetros de longitud, y tenía un peso de 3.115 gramos con placenta y cubierta quística, y ofrecía los caracteres de la maceración con su epidermis levantada á grandes trozos, flictenosa en otros, el dermis de color rojo azulado, el pecho hundido y el cráneo separado del cuero cabelludo por serosidad sanguinolenta, etc. El cordón umbilical medía 47 centímetros de longitud con la placenta adherida al epiplón.

Como se deduce de la historia clínica publicada en la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas, es un caso de embarazo extrauterino primitivamente abdominal, á pesar de cuanto dice en contra Lawson Tait, Howard, A. Kelly y Werth.

En efecto, de haber sido embarazo tubárico en su origen, debió ocurrir para hacerse abdominal una de estas dos cosas: ó el aborto tubárico ó la rotura de la trompa. Si lo primero, casi siempre acompaña al huevo, á su paso por el pabellón de la trompa, una hemorragia más ó menos considerable, siendo destruído por reabsorción el óvulo ó el embrión y el coágulo que lo rodea, ó enquistándose por la formación de adherencias y convirtiéndose á veces este saco en un absceso, al par que continúa la hemorragia en el interior de la trompa, formando estratos que revisten su pared y aumentan el grosor de este conducto, dándole la forma de una salchicha. Así lo hemos comprobado en varias operadas, siendo en una de ellas tan impor-

tante la hemorragia, que necesitamos 16 litros de agua salina esterilizada para limpiar perfectamente la cavidad peritoneal.

El Dr. Gutiérrez expone el tercer caso de embarazo ectópico, y dice que se trata de una mujer de treinta y cinco años de edad, natural de Logrosán (Cáceres), que se presentó en el Dispensario del Instituto Rubio el 4 de Febrero último.

Sin antecedentes de familia relacionados con su actual dolencia, manifiesta que á los diez y seis años padeció de catarro gástrico febril, por el cual estuvo en cama durante un mes, tras cuyo período, y hallándose en convalecencia, la acometió una recaída, que por sus narraciones debió ser un paratifus, que la obligó á permanecer otros treinta días en cama. A los veintiún años aparecieron en dicha señora unas intermitentes, de las cuales fué curada, hasta que en Octubre del último año, según nos refiere, tuvo fiebre con fuertes dolores de vientre, que la obligó á guardar cama hasta el 6 de Noviembre siguiente. Desde que esta señora se hizo menofánica á los quince años, su flujo menstrual fué siempre normal y fisiológico, aunque tuvo los períodos amenorreicos propios de las gestaciones anteriores al del mes de Enero de 1906, en que desapareció dicho flujo. Fué víctima de un aborto después de dos meses de embarazo, hace ocho años, así como realizó dos partos naturales, de los cuales el último ocurrió hace cuatro años. Los puerperios han sido fisiológicos.

En Enero de 1906 notó la misma señora que le faltaba la menstruación, creyendo deberlo á un estado de gestación como otras veces, pues el abultamiento paulatino del vientre y los fenómenos de debilidad notados por ella en anteriores estados de preñez, la obligaban á pensar de esa manera, y decidió aumentar su alimentación, como había hecho en los otros casos parecidos. Pero en el mes de Octubre se vió atacada de un catarro gástrico, según se dijo anteriormente, que la obligó á guardar cama hasta el 6 de Noviembre, en que fuera de la misma sintió fuertes dolores de vientre, que el 8 de Noviembre terminaron, para presentarse un flujo mucosanguinolento, con expulsión de una masa carnosa por el conducto vaginal, disminuyendo el volumen del abdomen acto seguido.

(Concluirá.)

REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

Anestesia.

Anestesia por el cloroformo caliente. (*Monitor Terapéutico*, Enero de 1908.)

Parece ser que en los trópicos se efectúa de un modo notablemente regular la anestesia clorofórmica. Partiendo de este hecho, y bajo la sugestión de un colega, Haunn experimentó, en siete operaciones quirúrgicas que necesitaba la anestesia general, la acción del cloroformo mantenido á 38° por inmersión en el agua caliente del recipiente que contenía aquél. En efecto, observó que, en estas condiciones, se producía más pronto la anestesia permaneciendo igual, que los enfermos se despertaban más pronto y que no sufrían trastornos post-clorofórmicos. El número de ensayos del autor es insuficiente para no pensar en una simple coincidencia con una serie favorable de casos; pero el procedimiento en cuestión merece ser experimentado en más amplia escala.

Novocaína. (Academia de Medicina de París, S. de 17 de Diciembre de 1907.)

El Dr. P. Reynier presenta un trabajo sobre este nuevo anestésico, cuyas conclusiones son las siguientes:

1.ª Es, relativamente á su poder anestésico, mucho menos tóxica que la cocaína.

2.ª No es irritante, ni provoca lesión de los tejidos, ni hiperemia, como se ha reprochado con razón á la estovaína y á la alipina. Sus soluciones son, en efecto, neutras é inofensivas, aunque estén concentradas.

3.ª Es muy soluble en agua y en alcohol, y fácil de esterilizar. Se esteriliza por ebullición ó en el autoclave, sin que estas soluciones se alteren, lo que no ocurre con la cocaína, que es imposible esterilizar sin ciertas precauciones.

4.ª Finalmente, se combina con la adrenalina, sin que se modifique la propiedad vasoconstrictora de esta última, lo que no sucede con la estovaína.

Mortalidad de los anestésicos. (*Revista Médica Cubana.*)

De un trabajo del Dr. D. Ignacio Blanes (de Buenos Aires) copio los siguientes datos, que deben tener en cuenta los anestesistas.

En la anestesia se está más cerca de la muerte que del sueño. La dosis útil se codea con la mortal.

El cloroformo da una muerte por cada 2.500 cloroformizados.

El éter, una por cada 8.000.

La escopolamina-morfina, una por cada 105.

Según el Dr. Monar, la escopolamina sola da el 1 por 100 (!).

Vómitos clorofórmicos. (*Apuntes de medicamentos*, 1908.)

El Dr. Rodríguez Méndez recomienda contra los vómitos clorofórmicos el ácido protocitrárico tomado á la dosis de 20 á 30 gotas de la solución alcohólica, hasta llegar, si es preciso, á 150 ó 200 diarias.

Según su opinión, obra exagerando el peristaltismo desde el esófago al píloro, cuya acción contrarresta el vómito.

DR. FERMÍN MARTÍNEZ SUÁREZ

Cirugia del aparato digestivo.

La úlcera péptica del yeyuno y su significación, por Schostak. (*Beiträge zur klin. chirurgie*, 1907, LVI, págs. 330 á 400.)

La úlcera péptica del yeyuno, que se observa á consecuencia de la gastro-enterostomía, fué señalada por vez primera en 1899 por Braun en comunicación al congreso de cirujanos de Berlín.

Bajo el punto de vista anatomo-patológico presenta grandes analogías con la úlcera redonda del estómago, tanto que se puede creer en la existencia del mismo proceso morboso. La úlcera yeyunal, sin embargo, profundiza con rapidez y tiene gran tendencia á la perforación, porque la acción péptica del jugo gástrico es muy viva y la pared es mucho más delgada que la del estómago. El gran peligro de su perforación son las alteraciones patológicas de los órganos vecinos. Al principio, cuando la úlcera no está todavía hecha, se notan en la mucosa pequeños derrames sanguíneos que originan focos de necrosis hemorrágica; el jugo gástrico puede entonces ejercer su acción digestiva y ocasionar pequeñas pérdidas de sustancia; la ulceración, primero superficial y redonda, gana la profundidad de la mucosa, y poniendo la musculosa al desnudo, forma escalones; este último aspecto es más raro que en la úlcera redonda del estómago, y se la ve más bien con bordes lisos. En la forma crónica el aspecto primitivo ha desaparecido, se infiltran inflamatoriamente las partes vecinas, sus bordes se vuelven callosos, indurados y con frecuencia se adhieren á la pared abdominal anterior; después,

al cabo de algunos meses, se establecen adherencias sólidas que aprisionan el asa yeyunal y la gastro-entero-anastomosis en tejido cicatricial abundante y los mantienen fijamente á la pared del vientre, existiendo á veces adherencias con las otras asas intestinales.

Sus dimensiones son variables, con frecuencia como un guisante; se ha visto á menudo perforaciones por las que cabía un dedo.

Es casi siempre única, y las más de las veces asienta al nivel de la anastomosis en la rama ascendente y sobre todo en la descendente del yeyuno. Describen los autores dos variedades: en la primera faltan los síntomas clínicos por completo; gracias á la operación anterior, los enfermos parecen completamente curados y bruscamente su salud se altera, apareciendo los síntomas de la peritonitis por perforación, las más de las veces sin prodromo alguno; en la segunda se presentan diferentes síntomas que recuerdan los de la úlcera perforante del estómago, con aparición de verdaderas infiltraciones de la pared abdominal.

La patogenia de esta úlcera ha dado lugar á numerosas hipótesis, insuficientes todas para explicar su origen. La diversidad de opiniones emitidas parece, sin embargo, indicar que intervienen varios factores en su etiología. En efecto, puede sobrevenir inmediatamente después de la operación (caso de Steintal), y responde así á una causa puramente traumática; pero con más frecuencia no aparece más que un año después de la operación, algunas veces aún más tarde, y parece debida únicamente al paso directo é inmediato del contenido ácido del estómago al intestino delgado, normalmente dispuesto para no recibir más que un líquido alcalino. Es, pues, la hiperacidez del jugo gástrico la que parece sobre todo favorecer la producción de la úlcera péptica duodenal, según muestra la experiencia clínica.

Pero la hiperacidez no es la sola razón suficiente: existen otros factores etiológicos importantes, tales como los trastornos circulatorios, por ejemplo. Estos pueden ser debidos á posición anormal del asa intestinal, torsión del mesenterio, sutura demasiado apretada, lesión producida por las ligaduras ó traumatismos operatorios, como compresiones por el botón de Murfy, pinzas, etc. En el caso de Steinthal hubo rotura de vasos ateromatosos y acodadura del mesenterio; en el de Braun, erosión operatoria de la mucosa, que favoreció el desarrollo de la úlcera.

Otro hecho etiológico importante, y sobre el cual insiste Schostak, es la dificultad de obtener buena sutura gastro-intestinal; es, además, imposible mantener las suturas asépticas, y la supuración provoca, al nivel de la anastomosis, erosiones que serán el punto de partida de la úlcera. Prácticamente se ha ensayado á remediar este

inconveniente administrando grandes dosis de subnitrato de bismuto y por lavados del estómago.

Otros autores, como Robson, Neumann, etc., piensan que la verdadera causa es un proceso infeccioso, no con dependencia absoluta de la operación, y que no sería más que una forma ligera de infección consecutiva á la gastritis y á la hipersecreción clorhídrica. Neumann admite dos teorías para explicar estos fenómenos: 1.°, teoría péptica, que se apoya en la influencia simultánea de los trastornos circulatorios y la acción digestiva del jugo gástrico hiperácido; 2.°, la teoría micósica en relación con un proceso bacteriano. Sólo el porvenir podrá hacernos conocer el valor de ellas, pero hasta el día la teoría péptica es la que tiene más partidarios.

El diagnóstico es menos difícil que se ha creído; cuando se trata de un enfermo que ha sido gastro-enterostomizado por afección benigna del estómago, basta pensar en la posibilidad de la úlcera péptica para evitar todo error. Se nota así que es menos rara que se la supone y que parece afectar igualmente á los dos sexos, aunque las estadísticas muestran predominancia en los hombres, quizás porque éstos se someten menos fácilmente que las mujeres al régimen y tratamiento médico necesarios á los gastro-enterostomizados y tienen hábitos más intemperantes.

El pronóstico es variable según los casos; en la forma perforante larvada es muy sombrío y casi siempre mortal.

El estudio de las observaciones publicadas muestra toda la importancia del tratamiento médico, que es necesario continuar mucho tiempo después de la gastro-enterostomía, en los enfermos atacados de hiperacidez del jugo gástrico. Cuando la intervención se hace necesaria en la úlcera yeyunal, se puede hacer su sutura, que es con frecuencia insuficiente, ó mejor la piloroplastia, la yeyunostomía ó una nueva gastro-entero-anastomosis. Su mortalidad es aproximadamente de 33 por 100.

Cáncer primitivo del apéndice, por H. Rolleston y Lawrence (Jones). (*Medico-Chirurgical Transactions*, vol. 89.)

Con este título publican un estudio de conjunto muy interesante sobre los tumores malignos primitivos del apéndice, basado sobre el estudio de cuarenta y dos casos, dos de ellos personales.

He aquí las conclusiones: El diagnóstico del cáncer primitivo del apéndice no puede ser hecho con certeza; en todos los casos en que la atención ha sido solicitada por manifestaciones apendiculares, correspondían á formas de apendicitis.

Es difícil hacerse opinión exacta sobre muchos de los casos anti-

guos. Pero como 80,9 por 100 de los cuarenta y dos casos auténticos han sido publicados después de 1900, se puede pensar que la afección no es tan rara como se pensaba.. Los caracteres microscópicos de estos tumores en ciertos casos hacen, en efecto, probable que algunos de entre ellos hayan sido desconocidos.

Se han referido varios casos de carcinomas, sarcomas y endoteliomas; las más de las veces, sin embargo, se trata de carcinoma de células globosas, que en su fase primera se aproxima al endotelioma, y se hace notar por su débil malignidad. La transformación coloide de este tumor no es tan frecuente como se ha dicho.

La presencia de concreciones en el apéndice no se ha notado más que tres veces en los cuarenta y dos casos.

La enfermedad no es más frecuente en uno que otro sexo.

Con mucha frecuencia lesiones inflamatorias agudas ó crónicas acompañaban al tumor.

El pronóstico inmediato y las probabilidades de curación completa, sin recidiva después de la operación, son muy buenas, sobre todo en el carcinoma globo-celular.

DR. R. L. Y YAGÜE

Enfermedades de niños.

El llanto como signo de la sífilis en los niños pequeños.
(Journal Médical Français, 15 de Marzo de 1908.)

Ciertos niños, bien alimentados, amamantados con regularidad al pecho de la madre, que además no sufren vómitos, diarrea ni perturbaciones de otra índole, lloran y gritan sin cesar, de preferencia durante la noche. Estos llantos persistentes, que suelen imputarse, al principio sobre todo, á flatulencias y cólicos, se resisten á todos los tratamientos corrientes para estas supuestas alteraciones: purgantes, agua alcalina, baños, cataplasmas, etc. Nada puede contra este llorar desesperante.

Los niños que lloran y gritan con tanta violencia y persistencia tal no han presentado ese síntoma inmediatamente después de su nacimiento, sino solamente pasadas algunas semanas y hasta después de uno ó dos meses.

Con frecuencia un observador atento podrá descubrir la coexistencia de algún estigma, coriza, placas perianales ó peribucales, la facies misma, etc.; pero en otros casos el niño está exento de toda otra manifestación externa, y entonces el diagnóstico ofrece serias dificultades; señalando éstas, indicando la manera de vencerlas, los doctores Jenaro Sixto y Ernesto Gaing, de Buenos Aires, han prestado un excelente servicio á los paidópatas.

Hasta aquí el llanto y gritos de los niños pequeños en los primeros meses de la infancia han ocupado poco la atención de los clínicos, siendo atribuídos unas veces al hambre, otras veces á cólicos, á deseos de moverse ó á sufrimientos internos no determinados, no figurando la sífilis en su etiología, en la que le corresponde un buen lugar.

Es indudable, después de las nuevas y ya repetidas observaciones, que la sífilis hereditaria causa en los niños verdaderos sufrimientos, cuya expresión es ese llanto lastimero y tenaz. Ahora bien, ¿de dónde vienen esos dolores? ¿Cuál es el sitio que ocupan? Si se tiene en cuenta la intensidad con que deben sentirlos, su persistencia y su agravación nocturna, se llega á pensar que deben producirse en los huesos; la comparación con los dolores osteóscopos de los adultos parece muy justificada, tanto más cuanto que en la heredosífilis se presentan hiperostosis, epifisitis, etc. Se ha observado también que los niños temen al movimiento y lloran cuando se les saca de la cuna para llevarlos en los brazos, lo cual hace suponer que los miembros están doloridos, y no es raro ver después un desprendimiento epifisario, una pseudo-parálisis ó mal de Parrot, etc. La patogenia ósea de los dolores en los heredo-sifilíticos y de los gritos con que los expresan es aceptable y está en armonía con lo que sabemos de la anatomía patológica de esta enfermedad en los niños de pecho.

DR. MOLINER

Estomatología.

Determinación de la toxicidad de la estovacocaína.

MM. Picuant y Dreytus dicen que la estovacocaína es, como su nombre lo indica, un anestésico local compuesto de una mezcla de estovaína y cocaína. Los autores han determinado la toxicidad de una mezcla á partes iguales al 1 por 100, y es de 27 centigramos por kilogramo de animal en inyección intravenosa en el conejo, y de 16 en inyección intraperitoneal en el cobayo, y el de una mezcla á $^3/_4$ 1 por 200 en las mismas condiciones es de 28 centigramos en el conejo y 14 en el cobayo.

Estas cifras son las que podían preverse teóricamente. Los síntomas de la intoxicación que preceden á la muerte son los mismos que se describen para la cocaína ó estovaína.

Examen clínico de la saliva de los sifilíticos. (*Archives de Stomatologie.*) Follet. Soc. de Biología, 27 Abril de 1907.

Examinando la saliva de los sujetos sifilíticos portadores de chancros y la de sujetos sanos, se observa que en estos últimos no se encuentran más que excepcionalmente algunas formas espirales,

que no pueden ser confundidas con el *espirochæte pallida;* en los sujetos sifilíticos se encuentran ordinariamente hasta doscientos y trescientos espirilos, aparte del característico.

Relaciones de la leucoplasia bucal con la sífilis.

En la *Revista Médica de Sevilla* publica D. Enrique Castells lo siguiente:

El número de *leucoplasias sifilíticas* ha engrosado considerablemente en estos últimos tiempos, debido á que se han estudiado con mayor atención las manifestaciones terciarias de la sífilis, y á ello ha contribuído notablemente su maestro el profesor Gaucher; pero á pesar de los notables trabajos del sabio profesor, han quedado apartadas de la sífilis dos clases de *leucoplasias*, que constituyen dos entidades nosológicas bien definidas: las lesiones bucales del *líquen de Wilson* y la antigua *psoriasis bucal.*

El *líquen plano de Wilson,* afección bien definida y estudiada, está muy lejos de considerarse como manifestación sifilítica; sin embargo, se acompaña siempre de lesiones de las mucosas, boca, vagina y glande, que son *leucoplasias*, y que, á no ser por ciertos caracteres particulares y por la concomitancia de las lesiones de piel, sería difícil diferenciarlas de la *leucoplasia sifilítica.*

La *leucoplasia wilsoniana* en la boca se puede localizar en toda la mucosa, no mostrando la predileción marcada que la leucoplasia específica tiene por la mucosa superior y del borde de la lengua; al contrario, es rara en la lengua, siendo común en la cara interna de las mejillas.

A simple vista se ve que está constituída por dos ó tres pápulas del tamaño de las del líquen en la piel, únidas por arborizaciones blanquecinas semejantes á *tractus* cicatriciales.

Clínicamente pueden diferenciarse la *leucoplasia* simple y la específica, pues la *simple* es una placa á bordes limpios, limitados, precisos, de forma más ó menos regular; en la sifilítica, los bordes son difuminados, no apreciándose la limitación exacta de la lesión.

La localización lingual es casi exclusiva de la específica.

La leucoplasia *simple* puede localizarse en la lengua, pero se acompaña siempre de otras localizaciones de la mucosa de la boca.

El color de la sifilítica es blanco, brillante, dando el aspecto de una capita de albúmina de huevo coagulada y pegada á la mucosa. La *leucoplasia* simple es más ó menos colorada, como si fuera un papel de seda blanco pegado á la mucosa, que por transparencia toma una coloración rosácea. Estos caracteres intrínsecos, unidos al

reconocimiento del enfermo y á sus antecedentes, permiten hacer un diagnóstico diferencial de las leucoplasias.

Si ha prestado cierta atención á los caracteres diferenciales de las leucoplasias, es á causa de la importancia que su diferenciación tiene en la práctica, pues nadie está autorizado para hacer á un *leucoplásico,* no sifilítico, un tratamiento específico, ni por el *benzoato* de mercurio ni por ninguna otra sal mercurial, como pretende mi querido condiscípulo al afirmar rotundamente que «en toda leucoplasia debe recurrirse siempre al tratamiento específico», siendo así que existen leucoplasias que nada tienen que ver con la sífilis.

Ante un caso de *leucoplasia bucal*, antes de empezar ningún tratamiento debe tratarse de averiguar su verdadero origen y obrar en consecuencia. ¿Que se trata de una *leucoplasia wilsoniana?* Ningún tratamiento local; esta leucoplasia desaparece al mismo tiempo que la lesión de la piel, y nunca degenera en cáncer. ¿Que es de origen específico? Tratamiento mercurial. ¿Que se trata de una *leucoplasia* simple? Nada de cáusticos, que podrían provocar la temida degeneración epiteliomatosa; el bisturí ó mejor la radioterapia, que tan buenos resultados ha dado á Yabourand. (Odontología.)

Dr. B. Landete

Medicina interna.

Trabajos de Quimioterapia, por G. Gieussa et H. Schaumann.—Hamburg. (*Bulletin de l'Institut Pasteur*. 15 Febrero 1908.)

De este interesante trabajo extractamos lo siguiente: Los autores han estudiado los efectos de la quinina, no en sujetos sanos, sino en palúdicos. Administrada la quinina por la boca, se absorbe rápidamente en el estómago é intestino delgado. Si el estómago está vacío, la aborción es mucho más enérgica en la primera mitad de las veinticuatro horas que siguen á la ingestión; mientras que si el estómago está ocupado, la absorción es mayor en la segunda mitad de las mismas veinticuatro horas. No se encuentra jamás en la sangre sino una muy pequeña cantidad de quinina. En cambio, encierran gran cantidad de la misma las glándulas suprarrenales, el hígado, la vesícula biliar, los riñones y el cerebro. Todo hace suponer que la destrucción de los parásitos se verifica en estos órganos. Los pulmones, los ganglios y los músculos apenas contienen quinina. La eliminación se hace rápidamente en su forma primitiva—no bajo la de derivados—por la orina. Las heces eliminan cantidades insignificantes, y el sudor no contiene nunca quinina. La mayor parte de la quinina se destruye en el organismo. La quinina es mejor utilizada cuando se administra á dosis fraccionada que á dosis masivas; este

método tiene grandes ventajas desde el punto de vista clínico. Para inyecciones subcutáneas son preferidas las sales solubles, muy diluídas. La ingestión de quinina casi insoluble, cuando se administra bajo una forma apropiada (los autores prefieren los comprimidos), se absorbe tan rápida y completamente como la sal más soluble. Para enemas, las sales solubles son las únicas indicadas.

Tratamiento seroterápico de la tuberculosis, por G. Schenker, Wohlberg y M. H. Himaus et Damils. (*Münch. méd. Woch y Berlín. Klin. Woch.* Octubre, Noviembre y Diciembre de 1907.)

El primer autor ha tratado 39 enfermos por el suero Marmorek, vía rectal, á la dosis de 30 c. c. por semana, en varias veces. Los resultados han sido: 8 enfermos sin recaída á los dos años; 11 mejoraron notablemente; 4 mejoraron muy poco; 5 no experimentaron cambio alguno; 1 sucumbió. En general, el suero Marmorek hace aumentar el peso, renacer el apetito, descender la fiebre, disminuir la tos y desaparecer los sudores y los bacilos en los esputos. Wohlberg ha tratado por el suero Marmorek tuberculosis ganglionares con fístulas, lupus, lesiones óseas, articulares, laríngeas y pulmonares. La mayoría eran enfermos inveterados, en los que todos los tratamientos habían fracasado. El suero se administró por la vía rectal á la dosis de 5 c. c. durante veintiún días; luego diez días de descanso, y se vuelve á comenzar el tratamiento. El suero Marmorek se mostró realmente eficaz en la escrófula (queratitis ulcerosa, eczema, etc.) y en la tuberculosis ganglionar. Higmans y Damils operaron sobre 21 casos: 8 de tuberculosis quirúrgica, 11 de tuberculosis pulmonar, 1 de tuberculosis renal y 1 de tuberculosis peritoneal. Los enfermos de tuberculosis pulmonar han sido los que han obtenido menos beneficio; sin embargo, algunos mejoraron. En cambio, los casos de tuberculosis quirúrgica han sido todos ellos favorablemente influenciados por el tratamiento seroterápico. El suero se administró en enemas á la dosis de 5 c. c. por día, sin tener que señalar accidente alguno.

Reacción á la tuberculina, por Heinemann. (*Münchener medisinische Wochenschrif.* March., 17, 1908.)

El autor compara los resultados obtenidos por medio de la oftalmo-reacción y el método por fricciones recientemente descrito por Moro. Los enfermos sometidos al primer procedimiento fueron 144, de los cuales 48 eran tuberculosos, 33 sospechosos y 63 no tuberculosos. Del primer grupo reaccionaron negativamente 8, y del tercer

grupo 53. De los tuberculosos que no reaccionaron, 5 estaban en el primer período y 3 en el último. El autor deduce, en vista de esto, lo incierto de este procedimiento como medio diagnóstico. La prueba por el método de cuti-reacción ó de fricciones de Moro fué aplicado en 66 casos que habían sido sometidos antes á la óculo-reacción, y en otros 108 casos distintos. Los resultados obtenidos por este medio conducen á Heinemann á la opinión de que en los adultos es, cuando menos, tan útil como la óculo-reacción, y tiene además la ventaja de no dar lugar jamás á desagradables consecuencias. La preparación empleada con este objeto ha consistido en un ungüento ó pomada al 50 por 100 de tuberculina antigua en lanolina.

Influencia de la terapéutica seroterápica sobre el índice opsónico en la tuberculosis, por G. B. Sweeney. (*New York Médical Journal*. March., 28, 1908.)

Cinco historias clínicas, destinadas á describir los resultados obtenidos en tuberculosos sometidos á la administración de suero de una ternera, previamente inmunizada contra la tuberculosis. De los cinco casos que se relatan, el índice opsónico se elevó, y el estado general mejoró considerablemente en cuatro. En el quinto enfermo, el índice opsónico, que al principio del tratamiento era de 0,68, no respondió de ningún modo al tratamiento por el suero, y descendió rápidamente en el curso de esta observación. La inyección de suero se hacía diariamente á la dosis de 10 mínimos en todos los casos. El autor estima que los beneficios obtenidos con este tratamiento son debidos más bien á la influencia bienhechora del suero sobre la fagocitosis en general, que á la supuesta acción específica antitóxica del suero sobre el bacilo tuberculoso.

Dr. A. Mut

Medicina legal.

Examen médico-légal d'une plaie par arme à feu, por Gabriel Corin. (Extrait du *Liége Médical*. Tip. Faust. Truyen.)

El prof. G. Corin ha publicado un interesante estudio sobre las heridas por arma de fuego, especialmente las producidas por revólver; generalmente los primeros exámenes son imperfectos, y en los exámenes posteriores han desaparecido completamente algunos caracteres de bastante importancia médico-legal, y en algunas ocasiones, con más frecuencia de lo que se cree, la instrucción va completamente descaminada; pues, por un examen imperfecto, se ha confundido una herida por arma de fuego con otra producida por un instrumento punzante ó por un instrumento contundente.

Condensa el prof. Corin la labor realizada por otros, y aporta además su experiencia, su contribución personal.

El proyectil que sale de un cañón va acompañado de granos de pólvora y de humo procedente de la combustión de ésta. Estos elementos forman un cono cuyo vértice corresponde á la boca del cañón; el cono formado por la llama y el formado por el humo desaparecen á poca distancia; el cono de granos de pólvora persiste más. Estos distintos elementos producen efectos que conviene analizar; se explica también que estudiándolos se pueda fijar, aproximadamente, la distancia á que se ha disparado un arma de fuego.

Una bala cilindro-cónica produce generalmente un orificio circular, de menor diámetro que ella; si tiene el mismo diámetro, la fuerza de percusión era muy considerable. Sus márgenes, en una extensión de uno ó dos milímetros, están ennegrecidas, no por el humo de la pólvora, sino por la bala misma.

Las balas que no actúan en dirección perpendicular pueden producir un orificio oval, ó un canal, cuya dirección marca el trayecto seguido por la bala; una bala que sigue un trayecto perpendicular á la piel puede producir un orificio oval ó en forma de canal cuando al salir del cañón sufre un movimiento de báscula, de manera que no actúa con el vértice sino por el lado.

A veces, y Corin los describe, el orificio es más ó menos lineal (por la existencia de una cresta ósea), y el que no tuviera en cuenta otros elementos de diagnóstico las confundiría con heridas por instrumento punzante.

En los disparos á boca de jarro, es decir, cuando el cañón se apoya sobre la piel, los labios son más ó menos recortados y ennegrecidos por el humo y los granos de pólvora; hay también una fosa ennegrecida; y si es en el cráneo, fracturas por explosión.

En los disparos á muy corta distancia se observan la quemadura producida por la llama, roja y de aspecto tumefacto, y el ennegrecimiento producido por el humo de la pólvora. Corin cita un caso de herida producida por un revólver, en que el tiro quemó aun á la distancia de dos metros. En los disparos á corta distancia se observa siempre alrededor de la herida una incrustación de granos de pólvora; estos granos penetran en la piel y determinan á veces verdaderas heridas de contornos hemorrágicos, que pueden, como las heridas producidas por el proyectil, afectar la forma de hendiduras lineares.

El círculo que forman los granos de pólvora (1) es tanto más extenso cuanto á mayor distancia se ha disparado el arma; en la re-

(1) La incrustación es oval si el tiro fué disparado oblicuamente.

gión central están más aproximados, y algunos, como no han traspasado el epidermis, caen á los pocos momentos. Por esto—dice Corin—desde el primer momento deben estudiarse exactamente la forma y las dimensiones del área de incrustación. «Se comprende que se pueda más tarde, por experiencias, fijar, con la ayuda de estos elementos, la distancia á que se ha disparado el arma.»

Todos estos datos no sólo tienen interés para el médico legista, sino también para el cirujano, que á veces, por estas sencillas observaciones exteriores, puede llegar al conocimiento exacto del trayecto seguido por la bala y decidirse ó no á la intervención.

Un hombre—refiere G. Corin—recibió de su adversario, en la mejilla izquierda, un tiro disparado con un buldog bastante tosco. La víctima cayó al suelo inanimada. Sin embargo, un médico que llegó á los diez ó quince minutos (tal vez antes) después del crimen, pudo notar aún algunas pulsaciones en la radial. Las inyecciones excitantes no dieron resultados. El examen exterior de la herida demostró netamente que la bala marchó de delante atrás, pero un poco oblicuamente de abajo arriba y de izquierda á derecha. Por este examen se debió concluir que la bala había atravesado las fosas nasales y había ido á alojarse en la apófisis basilar. Esta apófisis era bastante espesa para que se pudiera suponer que había sido completamente atravesada. La autopsia confirmó las previsiones de Corin. La bala estaba alojada en la porción basilar y se había limitado á elevar la duramadre. El cerebro no presentaba lesión alguna; sólo algunas hemorragias subaracnoideas insignificantes. La muerte—concluye Corin—fué debida á una conmoción cerebral, cuyos efectos tal vez hubieran sido conjurados si un médico, llegando á tiempo y sabiendo lo que debía hacer, hubiera practicado la respiración artificial.

El médico-legista no debe sondar nunca una herida; entre otros muchos datos que le pueden servir para determinar la situación de un proyectil y el trayecto por él recorrido, tenemos hoy un medio auxiliar de gran importancia: la radiografía.

Discurre también Corin sobre la tolerancia de ciertas regiones cerebrales respecto á los proyectiles.

Generalmente el orificio de salida es más ancho que el de entrada. Sobre esta diferencia basan la mayor parte de los tratados de medicina legal y de cirugía el diagnóstico diferencial entre las dos clases de orificios. Sin embargo, en ocasiones es más pequeño, porque la bala no se aplasta ni arrastra por su gran fuerza de penetración los tejidos. Esto sucede especialmente con los proyectiles modernos.

Sui traumi psichici in gravidanza e in sopraparto, por **L. M. Bossi.**
(*La Ginecologia Moderna*, año I, núm. 1. Milán, 1908.)

El prof. L. M. Bossi, cuyo nombre ocupa un lugar preeminente entre los ginecólogos italianos, aporta en este trabajo una importante contribución al conocimiento de las relaciones existentes entre el aparato genital y la psiquis.

Uno de los casos descritos se refiere á una primípara, en la cual, por prolongarse ya algo el parto, se pensó, en un principio, en una intervención operatoria; fué vendada y vista por los estudiantes. Desde este momento las contracciones empezaron á hacerse irregulares, á debilitarse, espasmódicas, resultando su acción completamente inútil. Fué desechada la idea de una intervención operatoria y trasladada á su lecho; vuelta la quietud á su ánimo, las contracciones adquirieron su ritmo fisiológico, regulares y eficaces; y después de una hora de período expulsivo, parió fisiológicamente un feto masculino de 2.750 gramos de peso y 46 centímetros de longitud.

El paralelismo existente, en el caso descrito por Bossi, entre los diversos estados de ánimo de la paciente y las correspondientes modificaciones de las contracciones uterinas, es, por lo tanto, innegable. Si yo no recuerdo mal, Depaul había referido ya un caso muy parecido.

El segundo caso descrito por Bossi es tan interesante ó más aún que el primero: una joven primípara, de diez y nueve años, afectada de epilepsia congénita, y embarazada (noveno mes), sufrió las consecuencias de una verdadera peregrinación hasta conseguir entrar en la Clínica Obstétrico-Ginecológica del Hospital de Génova: para ingresar en ella no vale el certificado extendido por un médico, y decide la admisión, previo examen, una partera que «con un rápido examen, realizando misiones superiores á su grado de cultura y no inherentes á su profesión, se erige en juez de aquellos que, con exámenes repetidos y á la luz de la ciencia, habían considerado antes que existían las condiciones necesarias para admitirla». La pobre enferma, extranjera, que había sido ya sustituída en su oficio, no pudo ingresar directamente en la clínica; anduvo varios días vagando por la ciudad, siempre con el temor de que se presentara el parto y agravara su situación su afección nerviosa. Por fin ingresó en la clínica, y al día siguiente, al anochecer, se comenzaron á advertir los fenómenos prodrómicos del parto, que aumentaron progresivamente, dando á luz por la mañana (ocho y treinta y cinco) un feto del sexo masculino, de 2.850 gramos de peso y de 46,5 centímetros de largo, de edad aproximada á los ocho meses.

Es también innegable que en este caso el parto prematuro fué

provocado por el trauma psíquico, la odisea que sufrió la mujer antes de ser admitida.

Aprovecha el autor la ocasión para insistir sobre la acción nefasta que tienen en las embarazadas las grandes impresiones psíquicas, y cita otro caso, recogido en su práctica, también muy instructivo. Una mujer, que había tenido en su matrimonio tres hijas, dió á luz por cuarta vez otra niña; el parto y el alumbramiento fueron normales. El marido, al ver la criatura, entró en tal furia y lanzó tales improperios, que la parturiente, después de una convulsión general y una contracción tónico-clónica de todos los miembros, quedó en un estado de atonía gravísimo. El útero, que estaba ya regularmente contraído y presentaba marcado el globo de seguridad, comenzó á relajarse, sobreviniendo una grave hemorragia que puso en peligro muy serio la vida de la paciente.

L. M. Bossi está poseído de una fecundidad verdaderamente extraordinaria: en el mismo número de *La Ginecología Moderna* publica siete trabajos más, alguno de ellos de gran importancia médico-legal, todos repletos de observaciones originales. Merece, por consiguiente, un aplauso sincero y entusiasta.

La putrefazione del tessuto muscolare striato (muscoli volontari e cuore) in rapporto con alcune cause di morte violenta, por A. Ascarelli. (*Archivio di Psichiatria*, vol. XXVIII, fasc. I-II.)

A. Ascarelli nos describe en esta importante memoria los resultados de sus investigaciones sobre la putrefacción del tejido muscular estriado. Eran necesarias, é indudablemente vienen á llenar una laguna.

Realizó sus experiencias con una temperatura media de 18° c. En los seis primeros días se observa sólo cierto estado edematoso, conservándose evidente la estructura del músculo. Desde los seis á nueve días, disociación fibrilar, y los detalles son menos evidentes. Después de los nueve días de putrefacción se observa ya la necrosis, faltando los núcleos, y la fibra se presenta en segmentos. Desde los quince á treinta días, sarcorexis, disgregación en segmentos más pequeños y de los segmentos en gránulos; después de treinta á sesenta días, sarcolisis, disgregación granular con tendencia marcada á la disolución.

A los sesenta días después de la muerte, aun encontró Ascarelli fragmentos de fibra muscular en que se conservaba una estriación transversa. La putrefacción de los músculos del esqueleto tiene lugar más lentamente que la del corazón. El tejido muscular en putrefacción ofrece dificultad á colorearse en los cortes histológicos,

que aumenta con el desarrollo de la putrefacción. En los últimos períodos de la putrefacción, las sustancias colorantes no actúan por afinidad química hacia el tejido, sino por imbibición.

La fibra muscular que se destruye por putrefacción sigue la misma evolución de la fibra que se destruye por proceso patológico regresivo. Los caracteres diferenciales más notables entre la patología y la putrefacción se encuentran en la falta de uniformidad de las alteraciones originadas por la putrefacción, de tal modo, que en el mismo corte histológico se observan, unos al lado de otros, los diversos grados de una misma alteración, y alteraciones de distinto género, en la falta absoluta de hechos de flogosis reactiva y de reintegración celular, en el grado y extensión de las alteraciones, que se extienden, no sólo á la fibra muscular, sino también á los vasos sanguíneos, los nervios, los tejidos unitivos. Encontramos otro carácter diferencial en la flora bacteriana, diseminada irregularmente en el tejido.

Como se encuentran en un mismo período confundidas alteraciones del período precedente y subsiguiente, cree Ascarelli que no se puede, por el examen microscópico, más que aproximadamente juzgar sobre la época de la muerte.

La máxima rapidez de la putrefacción de los músculos la encontró en el envenamiento por el fósforo; esto debe estar en relación con las alteraciones funcionales y anatómicas que la fiebre muscular sufre en dicho envenenamiento.

Nouvelle méthode de notation et de clasification des fiches d'identité judiciaire permettant la création et le facile fonctionnement d'un service complet d'identification judiciaire, por S. Icard. (*Archives d'Anthropologie criminelle*, 15 Febrero 1908.)

Mi ilustre amigo el Dr. Séverin Icard, de Marsella, propone un nuevo método de notación y clasificación de las fichas, que, por su sencillez, tiende á resolver un problema de palpitante interés: la organización del servicio internacional, ó mejor, de los servicios regionales, nacionales é internacionales. En dicho método, los servicios regionales están provistos de fichas y de archivo; en los otros dos servicios, la ficha es reemplazada por un *número,* y el archivo por un registro.

En el nuevo método se procede al examen del individuo que se trata de identificar siempre en el mismo orden, y se expresan las cualidades por cifras convencionales. Cada una de estas cifras, dice Icard, se deberá repetir tantas veces como se repita la cualidad que se exprese, y el número obtenido por la agrupación de las cifras estará compuesto de tantas cifras como partes examinadas. La ficha

de un individuo es, pues, su número, su característica constante, que nos da á conocer las cualidades por las cifras de que consta, y nos da á conocer también la parte á la cual pertenece cada cualidad por el lugar que ocupa la cifra que la expresa.

El nuevo método presenta la ventaja grandísima de poderse aplicar á todos los métodos de identificación: el número obtenido, *ficha-número* de Icard, expresará la fórmula dactiloscópica (número digital) ó la fórmula antropométrica (número antropométrico), pudiendo ser también número dáctilo-antropométrico.

El sistema de numeración se podrá aplicar también á la clasificación de las fotografías, lo que hasta aquí no había podido conseguirse. La *ficha-número* se encontrará entre centenares de miles con la misma facilidad que se encuentra una palabra en un diccionario. «Por otra parte, siendo suprimida la extensa redacción del señalamiento dáctilo-antropométrico y reduciéndose éste á algunas cifras que constituyen toda la *ficha-número*, los cambios mutuos, las comunicaciones entre los diferentes servicios podrán realizarse muy cómodamente por la vía telegráfica y por la vía telefónica. Así, sin mecanismo administrativo muy complicado, sin dispendio excesivo, será posible reconocer y señalar los profesionales del crimen; se les podrá perseguir de una villa á otra, de una nación á otra, sin perderles de vista y con toda la celeridad que los criminales mismos ponen en trasladarse. Estas razones, y otras no menos importantes que los límites reducidos de este artículo nos obligan á pasar en silencio, nos autorizan á creer que la aplicación del nuevo método de notación y clasificación permitirá en las mejores condiciones la creación y el funcionamiento de un servicio completo de identificación judicial, comprendiendo los servicios *regionales*, los servicios *nacionales*, y un servicio *internacional* cuyo conjunto abarcaría el universo entero.»

ANTONIO LECHA-MARZO
Interno de la Facultad de Valladolid.

Neurología.

Ictus epilépticos como síntomas precursores de la parálisis general progresiva, por el Dr. L. Pagés. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales.*) 12 Janvier 1908.

El trabajo del autor viene á afirmar un hecho conocido y admitido ya hace tiempo por los clínicos, referente á ese período llamado por Régis preparalítico de la parálisis general progresiva.

Ballet, Charcot y otros han referido casos de esta enfermedad, en los que se presentaron, como síntomas precursores, fenómenos de ictus paralíticos de forma sensitiva, y Voisin, en su *Tratado de la*

parálisis general de los alienados, cita una observación de Calmeil, referente á ictus epilépticos de forma motriz, sobrevenidos en un hombre de treinta y nueve años, hasta entonces en perfecta salud, y que precedieron un año á las primeras manifestaciones de la parálisis general, de la que sucumbió el enfermo.

Robert Howlaud cita igualmente dos casos, debidos á Spitzka y á Clouston, en los cuales los síntomas del período preparalítico fueron también ataques epileptiformes.

Aunque estos fenómenos precursores no son muy frecuentes, tienen, no obstante, la importancia de las dificultades que puede ofrecer un diagnóstico diferencial de epilepsia ordinaria con el de parálisis general inminente.

Los casos de que da cuenta el Dr. Pagés son en más de un concepto interesantes. Trátase de dos mujeres; en la primera se presentan los ictus tres años antes que puedan observarse los trastornos propios de la parálisis general; y en la segunda, tan sólo cuatro meses antes. Los ataques epileptiformes eran perfectamente característicos, y en la segunda de dichas enfermas, observada por el doctor Régis, después de su segundo ataque fué diagnosticada por éste de epilepsia sintomática de origen probablemente sifilítico, en vista de la ausencia de todo otro trastorno físico ó mental.

Otro punto que debe tenerse en cuenta en estas observaciones es el referente á la etiología. En la primera no pudo encontrarse vestigio alguno de sífilis ya congénita ó adquirida, así como tampoco de alcoholismo. En la segunda era de sospechar una infección sifilítica transmitida por su marido.

Por último, el análisis del líquido céfalo-raquídeo nos ofrece las siguientes particularidades, muy dignas también de tener en cuenta. En la primera enferma la presión era mediana, pero en la segunda se encontraba disminuída. Existencia en ambos casos de albúmina y cito-diagnóstico positivo: hematíes y linfocitos, más numerosos estos últimos en el segundo caso.

Peligros de la depilación por los rayos X. (De *Archives d'electricité médicale.)* 10 Janvier 1908.

Como nota de la redacción del periódico encontramos el siguiente hecho, que viene á sumarse á otras observaciones ya conocidas, y que confirma una vez más lo que decíamos acerca de los inconvenientes de la depilación por las radiaciones röntgenianas (1).

Una joven y complaciente empleada en la Administración de

(1) E. Vilches: *La depilación electrolítica.* (Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas.) Febrero 1908, pág. 102.

Correos y Telégrafos, M.me X..., por conservar la estimación de su prometido, que no se hallaba muy satisfecho de la creciente barba que la joven empezaba á tener, fué en busca de un afamado médico, el cual la sometió al tratamiento por los rayos X. Pero el remedio fué desgraciadamente peor que la enfermedad. En efecto, después de algunos días de tratamiento empezó á enrojecer y á hincharse la cara, formándose intumecencias dolorosas que se agrietaron y desfiguraron enormemente su antes agraciado rostro. La joven empleada ha presentado una demanda al Tribunal, por mediación de Mr. Adolphe Lacau, pidiendo sea condenado el médico autor de su desgracia á pagarle una indemnización de 25.000 francos. Para emitir un fallo con entero conocimiento de causa, la Sala 6.ª del Tribunal, presidida por Mr. Gallois, ha pedido el auxilio de un perito para que le ilustre acerca de la responsabilidad que realmente pueda caber al médico radiólogo. A este fin ha sido designado el ilustre electroterapeuta Dr. Béclère.

DR. E. VILCHES

Osteo-artropatías.

Artrodesis de la articulación del hombro, por Vulpius (Heidelberg). (*Zeitschs. f. orthop. Chir.*, 19. Bd. 1. u. 2. H. S., 180.)

La parálisis espinal infantil sobreviene proporcionalmente rara vez en la extremidad superior; pero dentro de esta circunstancia la parálisis del deltoides es la localización más frecuente de la enfermedad.

Aunque se conserven bien todos los músculos del brazo y del antebrazo, así como los del omoplato, el trastorno funcional por parálisis del deltoides es muy grande. Tal estado puede solamente remediarse por la anquilosis de la articulación del hombro en abducción; pues fijo el brazo á dicha articulación, puede moverse con el omoplato á expensas de los músculos de éste. A su vez, los músculos del brazo recuperan en gran parte su amortiguado funcionamiento.

Como confirmación de los buenos resultados que pueden adquirirse por la rigidez de la articulación del hombre en posición de abducción, el autor hace referencia de tres casos que, por determinadas afecciones (supuración, etc.), habían adquirido una anquilosis del hombro. El buen funcionamiento del brazo de estos pacientes animaban á realizar la fijación artificial del hombro en la parálisis infantil del deltoides; tanto más, cuanto que las escasas trasplantaciones tendinosas ejecutadas en casos semejantes habían dado resultados muy problemáticos.

El autor expone el historial clínico y operatorio de doce casos, así como el resultado obtenido por observaciones hechas en ellos en

un espacio de tiempo que ha variado de 1 $^1/_4$ á 8 $^1/_2$ años después de la operación.

La edad de los pacientes operados variaba desde dos á doce años. El procedimiento operatorio consistió en la abertura de la articulación del hombro por una incisión anterior, avivamiento de las superficies articulares y sutura metálica. Después, colocación de un vendaje de escayola en fuerte abducción durante tres meses. Ulteriormente un cabestrillo movible que conserve la posición de abducción, masaje y gimnasia de los músculos del omoplato. La sutura metálica tiene que ser doble, pues una sola no proporciona segura anquilosis.

De los doce casos obtuvo en siete Vulpius una anquilosis completa demostrada por la radiografía, y en tres casos una fuerte anquilosis fibrosa. Cuanto más prolongada fué la abducción del brazo en el vendaje de escayola, tanto mejor fué la función. Los movimientos pasivos se hicieron durante largo tiempo en el mayor número de los pacientes, alcanzando los movimientos activos $^2/_3$ de amplitud de la capacidad pasiva de excursión. La elevación activa máxima fué de 100°, la mínima de 40°; la elevación lateral máxima 90°, mínima 20°. Sin embargo, en la mayor parte de los casos la excursión hacia adelante fué de 50°, la lateral de 60°.

En casi todos los pacientes existía, antes de la operación, un amortiguamiento funcional del biceps y triceps, trastornos que desaparecieron después de la intervención, principalmente los del biceps.

En seis casos se expulsaron secundariamente las suturas metálicas de plata. En muchos también existía escoliosis de formas variadas que no podían considerarse como dependientes de una sola etiología.

En general, se puede esperar con una buena técnica un notable mejoramiento en las funciones del miembro afecto por parálisis del deltoides.

Línea de Roser-Nélaton y causas y significación de la elevación del gran trocánter, por Preiser (Hamburg). *(Zeitschriff f. orthop. Chirurgie,* 19.) Bd. 1-2. H. S., 265.

Como consecuencia de mediciones hechas en muchos centenares de personas sanas, ha observado el autor que en más de la mitad existía una elevación del trocánter de tres á cuatro centímetros, que con bastante frecuencia alcanzaba de cinco á seis centímetros, y de que el máximum era de 9 centímetros.

La radiografía no mostró nada normal, excepto un relativo acortamiento del cuello del fémur. Según esto, parecía que la causa debía estar en la pelvis, por lo cual el autor llevó á cabo exactas

mediciones respecto á la posición de la cavidad cotiloídea en 103 pelvis de mujeres (esqueleto).

En el 29 por 100 (raquitismo) se halló una cavidad plana en sentido frontal.

En el 43 por 100 la pelvis era normal; así es que la línea de Nélaton pasaba por el centro de la cavidad. En los otros 28 por 100 estaba la cavidad completamente lateral en dirección sagital; por tanto, el centro de la cavidad era dorsal y correspondía hacia el medio de la línea de Nélaton. En ambos grupos se originaba la elevación del trocánter.

Por consiguiente, la elevación del trocánter se basa, cuando falta coxa-vara: 1.°, en una posición dorsal de la cavidad; 2.°, medial de la línea de Nélaton; 3.°, en un relativo acortamiento del cuello del fémur. Ambas posiciones de la cavidad, tanto la frontal como la sagital, producen una rotación de la pierna para poder asentar recto el pie hacia adelante. Por esta causa se sale de la articulación una parte de superficie articular, lo que es base para ulterior artritis deformante. No sería, por consiguiente, la elevación del trocánter en la artritis deformante un fenómeno secundario, sino primario.

En confirmación de esto, hace notar el autor que ha encontrado en 24 casos de coxa-senil una elevación del trocánter en la cadera sana.

A. López Durán

Oto-rino-laringología.

Del tratamiento aspiratorio en las otorreas, por el Dr. Preobrashensky. (*Monat. für Ohsenheilk.* 7 Heft, 1907.)

Desde hace varios años, el autor emplea sistemáticamente el método aspiratorio en las otorreas, el cual, dice, reúne las siguientes ventajas: deja completamente seco el oído medio, y evita la descomposición de los productos purulentos, oponiéndose á su colección; impide la retracción del tímpano, y por consiguiente, las adherencias de éste al fondo de la caja; evita la paracentesis en caso de perforación muy pequeña ó muy alta, y á veces hasta una trepanación mastoídea; por último, activa la cicatrización de las perforaciones timpánicas, una vez que la supuración ha desaparecido.

Ventajas de las pulverizaciones sobre las duchas en el tratamiento de las enfermedades de las fosas nasales, por el Dr. Dardel, de Aix-les-Bains. (*Arch. internat. de Laryng.* etc. 1907, B. pág. 823.)

Son muchos los médicos que aconsejan como tratamiento general de las afecciones de la nariz las duchas ó irrigaciones endonasales. Esto es un error, pues disponemos de otros medios mucho me-

jores para combatir dichas afecciones, haciendo actuar los agentes medicamentosos sobre la pituitaria.

La ducha ó lavado sólo debe prescribirse para arrastrar costras y mucosidades que tapizan las fosas nasales, y que no han podido ser limpiadas de otra manera. La presión del agua debe ser mínima—nunca pasar de 60 centímetros;—el surtidor debe ser dirigido horizontalmente, y la oliva debe abocarse siempre á la nariz más estrecha para asegurar así la fácil salida del líquido por la más ancha, evitando la entrada de éste en otras cavidades que pudieran de este modo infectarse. Para precaver esto mismo, el paciente debe respirar por la boca, abierta mientras dure la operación, y no hacer movimiento alguno de deglución. Durante los diez minutos siguientes al lavado nasal, debe evitar el sonarse; en cambio, es conveniente soplar por una y otra nariz alternativamente para secar el campo así. Antes de prescribir la ducha debe el médico hacer la rinoscopia anterior siempre, para asegurarse de que ningún obstáculo impedirá la entrada, y sobre todo la salida del líquido.

Siguiendo las reglas supradichas, la ducha nasal no puede resultar perjudicial; pero lo general es que no se llenen en absoluto, y muchas veces, á pesar de llenarse, dan lugar á graves complicaciones, por parte del oído sobre todo; el autor cita varios casos de otitis agudas, consecutivos á la práctica de dichos lavados. De ahí que buscara otros medios menos temibles y que llenaran el mismo objeto que las irrigaciones. Después de haber ensayado los baños endonasales, cuya técnica es muy sencilla y da tan buenos resultados como los lavados, ha concluído por preferir la pulverización, que une á la acción estática de los baños la dinámica de las irrigaciones, sin que tenga los inconvenientes de estas últimas. Y en efecto, los resultados han sido magníficos.

El autor termina haciendo una descripción detalladísima de un modelo de pulverizador endonasal, inventado por el Dr. Guyenot, que es el que mejores resultados le ha dado.

DR. IRUESTE

Urología.

Eliminación urinaria del cloruro de sodio y cloruria alimenticia en ciertos estados patológicos, por los Dres. Plessi y Tosatti. (*Ann. des mal. des organ. genito-urinaires.* París, núm. 1, 1908.)

En los tuberculosos apiréticos la eliminación media de cloruros es normal. La cloruria alimenticia presenta irregularidades con tendencia todavía á la retención de sal.

En los pleuríticos, durante el período de aumento de los exuda-

dos, la cloruria permanece paralela á la cantidad de orina, rara cuando la formación del líquido es rápida. La cloruria alimenticia es normal.

En las peritonitis y en los casos de exudados líquidos, sobre todo en las formas agudas y graves, la cloruria es rara; en la convalecencia, sobre todo cuando los exudados están en vías de reabsorción, hay una tendencia á una abundante eliminación de cloruros.

En las pleuresías y peritonitis serosas la cloruria, manteniéndose abundante, será un signo de curación.

Sobre la eliminación de cloruros en la roseola, por el Dr. Gazzetti. (*Ann. des mal. des organ. genito-urinaires*. París, núm. 1, 1908.)

En la roseola hay disminución de los cloruros excretados, en tanto que la urea y el ázoe total aumentan.

En la crisis, la urea y el ázoe disminuyen, retornando poco á poco á la cantidad normal, mientras que los cloruros aumentan á veces de un solo golpe de 6 á 7 gramos en las veinticuatro horas.

Sobre la influencia del alcohol en la eliminación del ácido úrico por las orinas en el hombre sano y en el gotoso, por el Dr. Carlo Bartoletti. (*Ann. des mal. des organ. genito-urinaires*. París, núm. 1, 1908.)

De una serie de experiencias muy bien practicadas y apoyadas con análisis deduce el autor:

1.° El alcohol en cantidad correspondiente al contenido en un litro de vino, en las comidas, aumenta en el hombre sano la eliminación del ácido úrico por las orinas.

2.° Si el aumento no aparece inmediatamente, se continúa algunos días después de haber cesado la ingestión de bebida.

3.° En los gotosos el alcohol hace disminuir la eliminación del ácido úrico, y la disminución coincide constantemente con la ingestión del alcohol.

4.° El alcohol debe ser prohibido á los gotosos como causa importante de la retención del ácido úrico.

5.° El aumento de alimentos ricos en nucleínas hace aumentar la excreción del ácido úrico en los gotosos.

Sobre dosificación volumétrica del ácido úrico.

Creemos útil indicar la nota que el Dr. Ivon señala en la sexta edición de su *Manual clínico de análisis de orina* (traducción española del Dr. Olmedilla, año 1907), y que dice así:

«En 1871 indiqué un procedimiento de dosificación volumétrica diferencial de la urea, del ácido úrico y de la creatina. Este procedimiento se describe detalladamente en la noticia sobre el ureómetro de mercurio y en mi tesis (Análisis de la orina normal y patológica, 1875). Consiste en hacer con la misma orina tres determinaciones de ázoe sucesivas:

»La primera con la orina pura.

»La segunda con la orina privada de ácido úrico por el subacetato de plomo.

»La tercera con la orina despojada de la creatina por el cloruro de zinc.

»Este procedimiento había sido utilizado en 1875 por el doctor Magnier de la Source para el ácido úrico solamente.

»No me ha parecido de suficiente exactitud para ser conservado en la práctica. En teoría es exacto, pero las causas de error son tales que le hacen impracticable. Insisto en este hecho, porque el mismo procedimiento acaba de presentarse como nuevo y exacto.»

DR. GONZÁLEZ TOMÁS

Vias urinarias.

Método de interrogar un enfermo de vías urinarias, por el Dr. A. Pappa. (*Annales des mal. des organ. genito-urinaires.* París, Enero 1908.)

Si el interrogatorio de un enfermo no permite llegar al diagnóstico preciso de la lesión, por lo menos indica el camino á seguir preparando el examen físico.

Para que el interrogatorio sea útil, debe referirse á todos los órganos del aparato urinario, puesto que todos ellos comunican ampliamente por continuidad anatómica: cuando el riñón supura, la vejiga se infectará á su vez, y el ejemplo de la tuberculosis renovesical es notable bajo este punto de vista: los síntomas vesicales tienen tal predominio en la bacilosis renal, que hace falta poner á contribución los numerosos medios de investigación hoy existentes para localizar exactamente la lesión primitiva.

Lo contrario sucede cuando la vejiga es la primera invadida: el riñón está bajo la amenaza de infección ascendente, y no sólo la función renal se altera por retenciones y lesiones vesicales, ureterales y uretrales, sino que existen una serie de reflejos que, partiendo de un punto, interesan los otros: bien conocidas son en lesiones de riñón las irradiaciones dolorosas á la vejiga, al miembro, al riñón sano, etc.

También hay que tener en cuenta la acción de las afecciones urinarias, sobre todo el organismo, combinándose la infección y la

intoxicación en la producción de desórdenes más ó menos marcados, no olvidando que el aparato digestivo es ordinariamente el más afecto, y por el cual consultan los enfermos.

Edad.—La edad del enfermo suministra datos muy provechosos: en el niño, aparte las deformaciones congénitas, las enfermedades más frecuentes son: incontinencia de orina, cálculos vesicales ó algún tumor renal, sarcoma probablemente.

En el adulto, la blenorragia con todas sus complicaciones y la bacilosis urinaria son las más comunes. En el viejo, la hipertrofia prostática con su cortejo patológico y los tumores malignos.

Antecedentes.—Los hereditarios, salvo en los casos de bacilosis, artritismo y tumores, tienen poco valor. Los personales tienen más importancia: la sífilis, la gota militar, el neuro-artritismo son datos dignos de atención; en la mujer, los embarazos y partos, por las afecciones urinarias que pueden complicar, como cistitis, pielonefritis, retenciones renales, riñón móvil.

Las infecciones, como escarlatina, gripe, se investigarán por si hay relación entre ellas y una infección urinaria.

Investíguese igualmente las consecuencias posibles de un cateterismo séptico ó traumático.

Al lado de estos hechos señalemos los traumatismos del hipogastrio, de la región lumbar, del periné, caída á horcajadas que, cuando va acompañada de uretrorragia, tumor perineal y retención de orina, equivale á rotura uretral, y como consecuencia, estrechez traumática.

La tuberculosis urinaria es primitiva en la mayor parte de casos, evolucionando á veces en individuos vigorosos; mas la sospecha de sudores nocturnos, adelgazamiento sin causa aparente, bronquitis fáciles y prolongadas, debe poner en guardia, y, sobre todo, lo que debe llamar la atención es la *ausencia de causa apreciable* que explique una infección urinaria.

Además de todo lo expuesto, recuérdese que el gran antecedente urinario es la blenorragia.

Historia de la enfermedad.—Un enfermo puede consultar por varias razones: porque sufre, por supuración uretral más ó menos abundante, por haber notado modificación en la cantidad ó calidad de su orina (poliuria, oliguria, filamentos, orina turbia, hematuria) ó variaciones en la micción (micciones difíciles, frecuentes, dolorosas, involuntarias, incontinencia, retardo en la emisión, retención, etc. El análisis riguroso de estos signos, sus diferentes combinaciones y asociaciones podrán hacer pensar en tal ó cual diagnóstico.

De todos los síntomas que un enfermo aqueja, siempre hay uno ó dos que, en general, llaman más la atención, y son los que preci-

samente hay que estudiar y precisar para que sirva de *hilo conductor*. Se indagará fecha y modo de aparición; si se manifestó bruscamente ó, al contrario, lenta é insidiosamente; en qué circunstancias se ha presentado; si fué provocada por traumatismo, fatiga, marcha prolongada, exceso de mesa, ó á la inversa, si sobrevino sin causa apreciable, en pleno reposo, durante la noche ó por la mañana al despertarse. ¿Ha sido aislado ó acompañado de otros síntomas? Un dolor, por ejemplo, en el flanco, ¿ha ido aparejado con vómitos, deseos frecuentes de orinar seguidos de hematurias y de emisión de arenas?

¿Cuáles son los caracteres del síntoma: intensidad, duración, marcha? Nosotros sabemos, por ejemplo, que la hematuria provocada por el movimiento y detenida por el reposo indica cálculo—¿pero en dónde?—La hematuria es total: ¿colora uniformemente la orina del principio al fin de la micción? Es más que probable que el cálculo sea renal, y si á esto se agrega cólicos nefríticos y dolores en uno ó en otro flanco, se adquiere la certeza.

El dolor durante las micciones, acompañado de frecuencia y piuria, son síntomas de cistitis cuya naturaleza es preciso determinar: en casos de antecedentes generales dudosos, la marcha progresiva y tenaz de la enfermedad hablarán en favor de una cistitis bacilar, que el examen histo-bacteriológico y la cistoscopia confirmarán.

Aquí el diagnóstico es más complejo aún (por eso insistimos), porque es muy fácil que tras esta cistitis se encuentre el punto de partida de la lesión al nivel de un riñón tuberculoso. El estudio del principio, una hematuria total, poliuria turbia, dolores más ó menos agudos en el riñón, inducirán á pensar en proceso fímico, cuya confirmación se obtendrá por los demás medios de exploración.

Por todo lo expuesto, y con los ejemplos citados, se deduce la importancia suma de conducir con método el interrogatorio en las afecciones tan complejas del aparato urinario.

DR. CARLOS NEGRETE

TRABAJOS DE LABORATORIO

Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

Investigaciones experimentales sobre la durina, y en particular sobre su tratamiento por el atoxil, por Ulenhuth, Flüberner et Wolthe. (*Bulletin del Institut Pasteur.*)

Los citados experimentadores, después de hacer referencias á grandes rasgos á la quimioterapia de la tripanosomiasis, dan las propiedades químicas y farmacológicas del atoxil, aconsejando que

se esterilice por filtración Berkefeldd y afirmando que todas las vías de entrada en el organismo son buenas para su aplicación, incluso la piel, por medio de las pomadas de vaselina y lanolina; creen preferibles las soluciones débiles á las concentradas, dando gran importancia á la dosis que señalan para diversos animales; hablan de los accidentes por intoxicación y señalan con insistencia la particular sensibilidad del perro; nada nuevo dicen respecto á la manera como son destruídos los tripanosomas; después de su desaparición se nota frecuentemente la aglutinación de los hematíes.

Pasan después al estudio del tripanosoma de la durina y á las vías de penetración en el organismo, comprobando que la dilución de la sangre que sirve para la inoculación acorta la duración de la incubación, así como la de la enfermedad. Los ensayos de penetración del virus por la mucosa digestiva les han dado resultados negativos en las ratas blancas, y los resultados positivos que han obtenido en las ratas corrientes, que ingirieron cadáveres enteros, no son á propósito para sacar conclusiones.

Citan la observación de un buey que se infectó, en el cual el examen microscópico de la sangre demostró la presencia del tripanosoma por espacio de quince días; el animal curó, y al parecer adquirió inmunidad. Un cerdo que se infectó, y en el cual no pudieron comprobarse los tripanosomas, curó pronto, adquiriendo la inmunidad. Los cobayos se infectan, pero resisten muy bien, pudiendo observarse en su sangre muchos brotes de tripanosoma; dos caballos fueron infectados: uno de ellos murió á los cuatro meses con síntomas de tripanosomiasis, sin parálisis; el otro, tratado por el atoxil, vive todavía; el tratamiento ha dado resultado, pero ha debido suspenderse después de la inyección de 23 gramos del medicamento; tuvo recaída, y un nuevo tratamiento terminó la curación del animal.

La infección de los perros dura algunos meses y se acompaña en general de perturbaciones oculares, que conducen á la ceguera. Los ensayos de tratamiento por el atoxil han dado escaso resultado á causa de la excesiva sensibilidad del perro al medicamento; tan sólo un animal parece que se logró librar en absoluto de sus tripanosomas; pero las perturbaciones oculares han seguido su curso hasta llegar á la ceguera completa.

Los resultados han sido más satisfactorios en el conejo, animal preferido por todos los autores como el de elección para el estudio de la durina. Después de sucesivos tanteos han llegado á prevenir (á condición de intervenir en el período de incubación) y á curar la infección. Insisten, como todos los que practican la quimioterapia, sobre la necesidad de obrar con energía y (en los casos de curación)

rápidamente, y dan las dosis que deben inyectarse (para un conejo de dos kilos, 0,10 gramos por dosis á título preventivo y 0,20 gramos á título curativo). Las lesiones cutáneas, aun las más avanzadas, retroceden rápida y completamente, teniendo los autores la esperanza de que sus curaciones sean definitivas.

Por el contrario de los perros y de los conejos, las ratas y los ratones tienen una enfermedad de tipo septicémico singularmente aguda en los ratones blancos, menos en las ratas grises y domésticas, y aún menos en los ratones rubios; no se observan nunca curaciones. El atoxil da buenos resultados para prevenir (á condición de no obrar antes de la inoculación del virus), curar la durina de las ratas y ratones; precisa dar 0,004 gramos por 20 gramos de animal como preventivo y 0,005 gramos como curativo, y repetir la dosis. Insisten los autores en la gravedad de las recidivas, sobre todo cuando son repetidas, porque los tripanosomas se hacen cada vez más resistentes al atoxil; pero por el contrario de las vagas de Ehrlich, estos tripanosomas recobran toda su sensibilidad cuando se las hace pasar á otro animal.

La acción del atoxil no se ha dilucidado con seguridad; indudablemente el organismo interviene, sin que los autores hayan logrado averiguar cómo; pero el hecho es que la inyección de una mezcla de sangre con el tripanosoma y de atoxil es seguida con frecuencia de infección.

Los autores han hecho otras experiencias con gran número de sustancias; de los colores de benzidine, el trypansoth les ha parecido el mejor, si bien que inferior al atoxil. Los otros arseniales ensayados (arsénico coloidal de Heyden, etc.) les han parecido igualmente inferiores al atoxil; recomiendan el enesol (salicilato arsénico-mercúrico) y la asociación del atoxil y el sublimado. Citan como curiosidad un ratón que se libró de sus tripanosomas bajo la acción de los rayos Roentgen en mes y medio. Hablan vagamente de algunos resultados obtenidos con la inoculación de bacterias y de spirochetos. La serología no les ha dado casi ningún resultado.

Confirman la interesante observación de Habinavistch y Kempner de que las ratas inmunizadas contra el tripanosoma lewisi tienen un suero activo contra el tripanosoma de la durina. Una rata infectada de lewisi ha sido inoculada con el tripanosoma equiperduns y ha sufrido una infección mixta; el lewisi desapareció muy pronto, el otro más tardíamente. El suero de esta rata era preventivo y curativo á dosis débiles. Los autores no dan, por desgracia, más detalles.

GUILLERMO GAONA

Concepto actual sobre los anticuerpos.—Sus relaciones con la inmunidad, por M. M. Foix y Mallein. (*La Presse Médicale*, 1.° Abril 1908.)

Toda substancia introducida en el organismo, llamada antígena, provoca la aparición de otra substancia que se llama anticuerpo.

La multiplicidad de las substancias que pueden ser introducidas en el organismo da á estos dos términos una acepción muy extensa.

Restringiendo su campo á las toxi-infecciones microbianas, clínicas ó experimentales, las antígenas se reducen á los microbios y á sus toxinas, los anticuerpos se reducen á las substancias dirigidas contra esas antígenas, las antitoxinas á las dirigidas contra las toxinas y los anticuerpos propiamente dichos á las que lo están contra los cuerpos microbianos.

El cuadro forzosamente restringido de este artículo nos permite solamente ocuparnos de este último grupo.

—

Si á un animal de la especie A se le inyecta sangre de otro animal de la especie B, se forman en el organismo del animal A substancias precipitables por el suero B, aglutinables y hemolizables por los glóbulos B. La misma fórmula puede aplicarse á toda infección microbiana espontánea ó experimental.

Encontraremos, pues, substancias precipitantes ó *precipitinas*, substancias aglutinantes ó *aglutininas*, substancias citolisantes ó *bacteriolisinas*. Además existe una categoría de anticuerpos destinados á favorecer la acción fagocitaria de los glóbulos blancos: son las *estimulinas* de Metchnikoff, las *opsoninas* de Wright y Douglas.

AGLUTININAS

Las aglutininas son substancias que, añadidas á un cultivo microbiano determinado, reúnen en masas coherentes los microbios que primitivamente estaban esparcidos. El fenómeno puede ser observado macroscópicamente por el depósito de los elementos microbianos en el fondo del tubo, producido por la agregación de suero aglutinante; microscópicamente entre porta y cubre-objetos por la movilidad en masa de los cuerpos microbianos.

En 1889 Charrin y Roger demostraron los primeros que el suero de animales inmunizados contra el bacilo piociánico tenía la propiedad de aglutinar los cultivos de ese bacilo. Metchnikoff consignó luego la suero-aglutinación del neumococo y del vibrión Metchnikovi; Grüber y Durham observaron la del vibrión colérico y bacilo de Eberth. Este fenómeno había sido estudiado hasta entonces por los autores en animales inmunizados y lo consideraban como una reacción de inmunidad que sirviera á la investigación de las espe-

cificidades microbionas. Pero Widal demostró en 1896 que la aglutinación del bacilo de Eberth se observaba en el hombre en el curso de la fiebre tifoidea, constituyendo no una reacción de inmunidad, sino una reacción de infección que aparecía desde el octavo día. De donde posibilidad de un suero diagnóstico.

Se pueden distinguir tres clases de aglutininas: naturales, artificiales y patológicas.

Como tipo de *aglutinina natural* puede citarse los numerosos sueros que normalmente aglutinan el bacilo de Eberth. El suero humano normal lo aglutina al $^1/_5$ por término medio, á veces al $^1/_{10}$, y hasta en mayor proporción.

Los sueros de asno, de caballo, de conejo lo aglutinan al $^1/_{50}$ (Bordet). El suero humano aglutina el bacilo carbuncoso (Lambotte y Marechal). El suero de caballo sano aglutina el bacilo del muermo al $^1/_{500}$.

Las *aglutininas artificiales* encontradas en el suero de animales inmunizados (inmunisueros) son más activas y específicas que las aglutininas naturales. Citemos la aglutinación del piociánico, del neumococo, del vibrión Metchnikovi, del vibrión colérico, del bacilo de Eberth, del bacilo de la fiebre amarilla, del espirilo de la fiebre recurrente, etc.

El ejemplo más demostrativo de *aglutininas patalógicas,* del cual no nos ocuparemos más, es el de la fiebre tifoidea.

Añadamos la aglutinación de la fiebre amarilla (Sanarelli), del espirilo de fiebre recurrente (Swalchenko), del vibrión colérico (Achard y Bensaude), del micrococo de la fiebre de Malta (Wrigt), del neumococo (Besançon y Griffon) en el suero de las enfermedades correspondientes. Arloing y Courmont por fin obtuvieron la suero-aglutinación del bacilo de Koch, empleando cultivos homogéneos.

La reacción aglutinante es relativamente específica, como lo han demostrado Grüber y Durham.

Puede, pues, servir para la investigación de las especificidades y para la clasificación de las especies microbianas.

Gracias á la reacción aglutinante, se ha podido hacer depender tal ó cual afección particular paratifoidea de tal ó cual ejemplar de paratífico. Pero al mismo tiempo se ha observado que la especificidad no era más que relativa y que un suero dado podía aglutinar el bacilo de Eberth al $^1/_{200}$, una muestra de paratífico al $^1/_{500}$, otra al $^1/_{400}$, sin que podamos siempre juzgar á favor de la especificidad de la especie más aglutinada.

La reacción aglutinante se presenta relativamente pronto. Es una reacción de infección (Widal). Más tarde, ella persiste y constituye entonces una reacción de inmunidad.

La substancia aglutinante, la aglutinina misma, es una substancia mal definida, aunque de ella se conocen algunas propiedades. Conserva sus cualidades á 55°-60°, las que disminuyen desde 66°, y las pierde á 75° (Nicolle y Halipré). El sulfato de magnesia á saturación la precipita y la arrastra al mismo tiempo que las globulinas; parece, pues, acercarse á ese grupo de substancias albuminoideas. Parece que no existe *in vivo* (Salembéni).

In vitro puede investigarse la aglutinación, no solamente poniendo en presencia del suero de un animal inmunizado un cultivo ya desarrollado, sino también al estado naciente, sembrando en medio de cultivo, al cual se le ha añadido inmunisuero, él ó los microbios específicos. El microbio se multiplica, pero sus elementos permanecen aglutinados.

PRECIPITINAS

Si á un suero nuevo A (de conejo, v. gr.) se le añade suero B de un animal de otra especie (cavia, por ejemplo), la mezcla permanece transparente. Pero si al conejo se le ha hecho previamente inyecciones de suero de cavia, se produce en la mezcla un precipitado muy marcado.

Se admite que en el suero de conejo (suero-suero) se han formado anticuerpos precipitantes ó precipitinas.

La existencia de esa reacción ha sido establecida por las investigaciones de Kraus, Bordet, Tchistowitch, quienes comprobaron á la vez su especificidad, al menos relativa. En efecto, un suero que precipita los sueros de una especie dada, A, precipita igualmente los sueros B de especies que guardan entre sí gran parentesco (caballo, asno, carnero, perro, hombre, monos antropoídeos). Este parentesco fué el punto de partida de las investigaciones de Metchnikoff sobre la inoculación de la sífilis á los monos. La reacción de la precipitación es de importancia capital en medicina legal, merced á la que se puede identificar las manchas de sangre humana (Uhlenhul).

Se han preparado también lacto-sueros, ovoalbúmino-sueros, músculo-sueros, caseíno-sueros, siendo todos específicos. También se ha podido preparar sueros antiprecipitantes que son susceptibles de neutralizarlos *in vitro*. Merced á un albúmino-suero, Linassier y Lemoine pudieron descubrir pequeñísimas porciones de albúmina, y por este método se podría distinguir el origen sanguíneo ó retro-epitelial de una albuminuria.

Señalemos ahora que si el suero de caballo no es tóxico para el conejo, v. gr., se hace tóxico si al conejo se le han hecho previamente varias inyecciones; en el punto de inoculación de la última inyección se forma entonces una infiltración edematosa que puede ha-

cerse gangrenosa (Arthus) y producir la muerte. Esto es debido quizás á una hipersensibilización, fenómeno ya descrito por Richet con el nombre de *anafilaxia*.

Con los microbios se han hecho investigaciones análogas á las anteriores.

Para esas investigaciones los autores han empleado, por un lado, cultivos filtrados ó sus extractos alcohólicos, y por otro, inmunisueros de un animal vacunado. Por este método se han descubierto precipitinas artificiales que se relacionaban con el vibrión colérico (Kraus, 1897), con el bacilo coli, bacilo de Eberth (Nocolle, 1898), con el bacilo de la peste, etc. La reacción es específica y constituye un suero-diagnóstico tan seguro como el de la aglutinación.

Existen asimismo precipitinas naturales y precipitinas patológicas.

Las precipitinas naturales más conocidas son las que se relacionan con los suero-suero (Levaditi). Römer ha hablado de unas precipitinas patológicas del neumococo.

Se admite que la reacción de precipitación pone en presencia dos substancias: una activa, el *precipitógeno;* otra pasiva, la *precipitina*. La precipitina se encuentra en el inmunisuero, disminuye á 60° y desaparece á 100°; el sulfato de magnesia la arrastra (Nicolle y Kraus). Parece ser que el precipitógeno se encuentra en el cultivo y se le puede aislar por el alcohol (Pick).

Para Kraus, la precipitina se compondría de dos elementos: uno termolábil, que el calor á 55° destruiría, y otro termoestable, que resistiría á esa misma temperatura.

BACTERIOLISINAS

Llámanse *bacteriolisinas* los anticuerpos que están disueltos en el suero ó en los humores, y que destruyen más ó menos completamente los microbios; y á la acción que ejercen, llámasela *bacteriolisis*. La alteración que esta acción produce llega á veces hasta la destrucción total, y otras es tan tenue, que merced á un artificio solamente podemos descubrirla.

Si en el peritoneo de un animal inmunizado inyectamos una emulsión de vibrión colérico, este vibrión se transformará en gránulos que no serán *fogacitados*, y que permanecerán extra-celulares. Esto es el fenómeno de Peiffer ó reacción de inmunidad (1894).

Para Peiffer, la bacteriolisis es debida al exudado peritoneal. Para Metchnicoff y Garnier, los microbios son fagocitados y transformados en gránulos, que la fagolisis se encarga de poner en libertad secundariamente. Gubretchvsky encontró el fenómeno Peiffer en un enfermo de fiebre recurrente en vía de curación.

Este fenómeno, verdadera reacción específica que fácilmente se reproduce in vitro con suero de un animal inmunizado, no es desgraciadamente aplicable más que á un número exiguo de microorganismos. En esa época, los trabajos de Bordet, asemejando el fenómeno de Peiffer á los fenómenos análogos de citolisis, y sobre todo de hemolisis, permitieron la aplicación de este método de un modo más extenso.

Viendo H. Büchner que ciertos sueros normales hemolisan los glóbulos de algunas especies diferentes, y que los sueros hemolíticos y bacteriolíticos perdían sus cualidades á 55°, admitió que es una misma substancia, que pierde sus cualidades á 55°, que llama *alexina*, la que produce la hemolisis y bacteriolisis.

Bordet demostró que el suero normalmente inactivo de un animal de especie A, se transforma en hemolítico si se le inyecta en el peritoneo sangre desfibrinada de un animal de especie B. Después de un número variable de inyecciones, el suero A se hace excesivamente hemolítico para con los glóbulos B. La disolución se verifica en dos tiempos: 1.° Aglutinación; 2.° Hemolisis. Esos sueros entrarían, pues, en la gran categoría de los sueros citotóxicos (espermatotóxicos, nefrotóxicos, hepatotóxicos, necrotóxicos, tiroidotóxicos, etc.).

Además, así como se obtienen sueros anticitotóxicos, se puede obtener un suero antihematotóxico.

Bordet demostró que podía volverse á activar un suero hemolítico calentado, añadiéndole un suero no hemolítico ni calentado. De aquí deduce que la hemolisis, así como la bacteriolisis, estaban producidas por dos substancias: la alexina, substancia termolábil destruíble á 55°, y que se encuentra en todos los sueros normales ó específicos, y la sencibilatriz, substancia termoestable, especial á los sueros específicos, y que subsiste en el suero que haya sido calentado; por lo que pueden reactivar esos sueros añadiendo el suero aléxico de un animal nuevo.

Ehrlich y Morgenroth demostraron que la substancia termo-estable se fijaba en los glóbulos rojos. Después de una sensibilización por tiempo variable con el suero hemolítico calentado, decantándolo, lavando los glóbulos y añadiendo alexina, la hemolisis se verifica inmediatamente. Por ideas teóricas, llamaron *amboceptor* á la substancia termo-estable que se fija en los glóbulos rojos, y *complemento* á la substancia termolábil que se encuentra en todos los sueros. Adoptaremos la terminología de Bordet.

No nos ocuparemos de los trabajos de Ehrlich, que es partidario de la pluralidad de las alexinas y sencibilatrices, ni de los trabajos de Bordet, que cree en la unidad de la alexina por lo menos. Las alexinas, si son múltiples, se nos presentan como solidarias, así lo de-

muestra el fenómeno de la fijación de la alexina (fijación del complemento), que constituye la base de la reacción de Bordet y Gengou.

Tomemos:

1.° Suero aléxico de un animal nuevo.

2.° Microbios sencibilizados por el inmunisuero de un animal vacunado contra la infección que le corresponda.

3.° Hematíes sencibilizados por un suero sencibilizador cualquiera.

(Bajo la influencia de la sencibilización, los glóbulos y los microbios adquieren la propiedad de absorber ávidamente la alexina, y hacerla desaparecer del líquido ambiente.) Bordet.

Si en un principio introducimos, pues, microbios sencibilizados, ellos absorberán la alexina, y cuando al cabo de cierto tiempo se añadan hematíes, la hemolisis no se verificará, puesto que la alexina habrá desaparecido para determinar la bacteriolisis.

Invirtiendo ahora la experiencia, es decir, si introducimos en un principio los glóbulos, éstos serán hemolizados; y cuando se añadan los microbios, la bacteriolisis no se efectuará, puesto que habrá desaparecido la alexina para determinar la hemolisis.

Para poner en evidencia los anticuerpos existentes en un suero, será preciso introducir, primeramente, los microbios, los que no determinarán ninguna alteración apreciable, aunque la alexina habrá sido fijada; y si al cabo de cierto tiempo (de dos á cinco horas), se añaden los hematíes sencibilizados, la hemolisis no se verificará. De donde la ausencia de hemolisis determina, pues, la existencia de anticuerpos específicos en el suero.

Es preciso no confundir esta fijación del complemento con la *desviación del complemento* que describió Neisser y Wechsberg. Este fenómeno consiste en poner en presencia de glóbulos rojos una pequeña cantidad de alexina y una gran cantidad de sencibilizatriz; la sencibilizatriz en exceso fija la alexina é impide de este modo que determine la hemolisis.

La reacción de fijación constituye una reacción específica. Ha sido encontrada por Bordet en un número considerable de inmunizaciones experimentales: vibrión colérico, bacilo de la peste, bacilo carbuncoso, bacilo de Eberth, proteus vulgaris y estreptococo. (Besredka, Dopter.) Bordet y Gengou encontraron en 1901 la reacción de fijación en el suero de tíficos convalecientes.

La reacción de Bordet sirve también para hacer la prueba de las especificidades microbianas, y por ella Bordet ha podido determinar la especificidad del microbio de la coqueluche; y gracias á esta reacción, en la disentería su aparición por un mismo suero en relación con diversos tipos de bacilos disentéricos, ha permitido á Shiga,

Flexner (paradisentérico) deducir el parentesco estrecho que existe entre ellos.

Encontramos, pues, tres tipos de bacteriolisis: artificiales, patológicas y naturales.

DR. SPREÁFICO

(Concluirá.)

BIBLIOGRAFÍA

Paidología.—De la importancia de la dirección médica en la lactancia natural.

Tal es el asunto, siempre de actualidad, que ha servido á M. Constant Mion para su tesis doctoral, en la que hace un prolijo y concienzudo estudio de los accidentes que pueden presentarse en el niño criado al pecho por su madre y de la manera de evitar las consecuencias á que esos accidentes pueden dar lugar.

De este interesante trabajo se deducen las conclusiones que vamos á extractar.

La lactancia materna es la alimentación más conveniente y natural; pero, en algunas circunstancias, puede determinar accidentes debidos á la sobrealimentación, á la insuficiencia de la secreción láctea y á las modificaciones transitorias ó permanentes sobrevenidas en la composición química normal de la leche; la sobrealimentación, en que se puede incurrir no solamente por la excesiva frecuencia de las tetadas, sino por la larga duración de las mismas, determina perturbaciones digestivas que pueden llegar hasta la gastroenteritis y terminarse por la muerte.

Pocas mujeres son realmente insuficientes para criar; pero son muchas las que creen serlo, y dan entonces, además, á sus hijos leche de vacas en cantidad inmoderada.

Las modificaciones en la composición química de la leche, ligadas al exceso ó pobreza de manteca, no son raras; con frecuencia estas alteraciones dependen de una tuberculosis pulmonar incipiente.

Para evitar los accidentes posibles en todos los casos es preciso vigilar atentamente la marcha de la lactancia, hacerse cargo de los trastornos digestivos, tan frecuentes en los niños no vigilados, y remediarlos siguiendo con atención la curva del peso.

En caso de insuficiencia, la vigilancia médica permite instituir, de una manera metódica, la lactancia mixta, salvando á los niños de los riesgos seguros de una lactancia artificial, á la vez que indicará el momento en que puede volverse á la lactancia materna exclusiva cuando la insuficiencia ha sido transitoria.

En los casos de insuficiencia de calidad, ya por exceso ó por pobreza de la manteca, la vigilancia médica será también de gran utilidad instituyendo un tratamiento conveniente para la madre y para el niño, á la vez que permite descubrir en tiempo oportuno un proceso tuberculoso pulmonar que estuviera en su principio; el destete progresivamente rápido puede conciliar los intereses de la madre con los del niño.

La vigilancia médica en la lactancia materna juega un papel importante en la lucha emprendida contra la mortalidad infantil, porque, gracias á la dirección y á los consejos dados á las madres, es posible en muchos casos evitar la lactancia artificial, y aun cuando esta vigilancia se ejerce gratuitamente en las consultas de niños de pecho, se hace preciso multiplicar esas consultas, aconsejar desde luego, y con predilección, la lactancia natural; después, paralelamente, dirigir la alimentación artificial y esforzarse en hacerla menos peligrosa por la distribución económica y hasta el reparto gratuito de leche esterilizada.

En la lactancia materna vigilada pueden ocurrir incidentes, pero no accidentes.

Dr. Celestino Moliner

SECCIÓN PROFESIONAL

El profesor Walter Thase, de la Sociedad Médico-quirúrgica de Edimburgo, ha concebido la idea de recurrir al cinematógrafo. A decir verdad, esta idea no le pertenece exclusivamente. Otros la habían antes presentado; pero nadie supo realizarla, y esto, que era lo principal, lo hizo él. Sus películas cinematográficas comprenden el conjunto de los movimientos anormales que en el diagnóstico de las enfermedades son reconocidos como signos evidentes de éstas. Con esto nada queda olvidado, y se ve, por ejemplo, sucederse todos los fenómenos de la epilepsia.

Para dar una idea de la importancia del trabajo del Dr. Thase, es necesario decir que las actitudes de la epilepsia han necesitado 500 metros de películas, que representan 22.000 posiciones minuciosamente exactas del epiléptico.

El método cinematográfico será quizá costoso; sin embargo, las grandes Facultades de Medicina podrán sin duda asegurarse la propiedad de ese método, cuya adquisición no dejarán de hacer los especialistas por lo que respecta á sus trabajos particulares.

En todo caso, es un progreso que debía señalarse.

El «Malydott».—D. Andrés Lancier, estudiante de Medicina en Rochefort, acaba de exponer al mundo científico un nuevo cuerpo llamado *Malydott*. De iguales propiedades que el *radium*, su obtención resulta mucho más barata, pues así como el radium cuesta 3.000 francos el gramo, el Malydott sólo cuesta 20.

El aprovechado alumno Lancier no solamente explicó su descubrimiento á condiscípulos y profesores, sino que dirigió una comunicación á la Academia de Ciencias.

Premio importante.—La Real Academia de Ciencias de Turín otorgará un premio de 28.000 francos al sabio italiano ó extranjero que, desde primero de Enero de 1907 á 31 de Diciembre de 1910, haya publicado la obra más notable de ciencias físicas, entendiéndose esta denominación en la más amplia acepción. Este premio no podrá ser otorgado á los miembros italianos, residentes ó no residentes, de la Academia, la cual no devolverá las obras que se le remitan con el objeto indicado. La Academia prescindirá de los trabajos manuscritos.

Los médicos en el Japón y en Alemania.—Todo el mundo sabe que hay en Europa exceso de médicos; pero no tenemos nada que envidiar á los pueblos de Oriente, si hemos de juzgar por los siguientes datos estadísticos:

A fines de 1903, el número de médicos que ejercían en el Japón elevábase á la cifra de 34.611, sin contar 706 dentistas con título. El aumento comprobado en 1905-06 acusa una cifra de 740 esculapios nuevos.

El número de médicos alemanes en 1907 se elevaba á 31.416, entre ellos 6.259, es decir, casi el 20 por 100, especialistas. Entre éstos, los más numerosos son los ginecólogos, los oculistas, los dedicados á las enfermedades de las vías respiratorias y los cirujanos. En las grandes ciudades industriales abundan más los ginecólogos, y en las de menos vecindario los oculistas y los cirujanos.

La aerostaterapia.—La idea de Cristian Beck, dada á conocer en las últimas sesiones de la Académie de Sciences, no es otra cosa que aplicar el *sport* de la aerostación al tratamiento de la tuberculosis.

Dice aquel sabio que, siendo un hecho admitido el que la pureza del aire no depende tanto de su altitud como del número de personas que habitan una localidad determinada, se comprende que no hay que fiarse mucho del que se respira en las estaciones de altura de moda, y sí, en cambio, puede esperarse de la elevación en la

atmósfera, aislándose de toda aglomeración; y como no es la pureza bacteriológica sólo, sino la química (polvillo vegetal y mineral), la que se requiere, de aquí una de las bases prácticas del nuevo método.

La cura en globo permitirá graduar progresivamente la dosis de altitud, llegándose á 1.000 ó 2.000 metros, consiguiéndose además individualizar la cura, pues no á todos les conviene la misma altitud.

Una particularidad no menos importante de la aerostaterapia es que el enfermo puede elevarse por encima de la neblina que con tanta frecuencia se encuentra en verano en las estaciones de altura de Suiza. También se podrá la cura seguir según el estado del tiempo. El número anual de días buenos puesto á la disposición de los tuberculosos será así muy considerable.

El tuberculoso, alcanzando las regiones sometidas á la bienhechora influencia del Sol, verá extenderse á sus pies las nubes, en las cuales se bañan, por decirlo así, los habitantes de las alturas alpestres.

La cura será diurna. Los enfermos la emprenderán en grupos, en una galería suspendida del globo cautivo, cuya técnica, desde el punto de vista de la capacidad de elevación que en la actualidad tienen, podrá ser perfeccionada.

La importancia de la altitud en el tratamiento de las enfermedades de las vías respiratorias es demasiado conocida para que sea útil insistir aquí sobre las ventajas de un sistema que permitiría metodizar el empleo de este medicamento de cura y extender entre muy anchos límites su aplicación.

La Real Academia de Medicina de Zaragoza, cumpliendo la voluntad del Dr. D. Francisco Gari y Roix, adjudicará un premio de 1.000 pesetas al autor de la mejor Memoria acerca del tema: *Estudio clínico terapéutico de las Tuberculinas*. Se concederán dos títulos de socio corresponsal, uno al autor de la Memoria y otro al de la que obtuviese el accésit. Las Memorias estarán escritas en castellano, debiendo remitirse á casa del Secretario, Dr. D. Pablo Len, San Miguel, 12 triplicado, principal, Zaragoza, hasta las doce de la mañana del día 1.° del próximo Septiembre.

Hemos recibido un ejemplar de la última monografía que acaba de publicar el Dr. D. Rodolfo del Castillo Quartiellers, sobre la medicación oleosa en tiempo de los Faraones, y especialmente del aceite de ricino.

Es un trabajo muy interesante, muy completo, y sobre todo históricamente documentado.

A. M.

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

NOTAS CLÍNICAS

VALOR DE LA GASTRO-ENTEROSTOMÍA
PRINCIPALMENTE EN LAS HEMATEMESIS (1)

POR D. JOSÉ RIBERA Y SANS
De la Real Academia, Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid.

Hasta el día 24 de Abril de 1908 he hecho 28 gastrectomías, 101 gastro-enterostomías, 2 yeyunostomías, 2 laparotomías y destrucción de adherencias, 2 gastrostomías, una extracción de una aguja enclavada en el estómago, una laparotomía por perforación de úlcera de estómago, 14 laparotomías simples por tumores de estómago; es decir, 151 operaciones en el estómago ó por lesiones gástricas.

En el discurso inaugural de la Real Academia de Medicina del año 1907 me ocupé de este asunto, y con predilección de lo que se refiere al cáncer del estómago; por lo que me limitaré á recordar lo que hace referencia á dicho punto, para insistir en lo que ya entonces apuntaba, y se refiere al valor de la gastro-enterostomía, y en particular en el tratamiento de la hematemesis.

Cada vez es más firme mi convicción: el cáncer del estómago, como el cáncer en general, no tiene más tratamiento que el quirúrgico, la extirpación precoz, tan pronto como se diagnostique, porque la gastro-enterostomía no es más que una operación paliativa en el cáncer, y esto cuando por hechos de orden mecánico no se vacíe el estómago; la gastro-enterostomía tan sólo puede ser curativa en la estenosis cicatricial, cuando están ya curadas las alteraciones gástricas, porque si éstas persisten, la gastro-enterostomía sólo corregirá lo mecánico, siendo preciso tratar las lesiones y alteraciones existentes, porque de lo contrario no curará el enfermo; demostrándolo las observaciones, en las cuales, después de una mejoría más ó menos larga, reaparecen los síntomas, que pueden llegar á exigir una nueva operación.

Pero si esto es absolutamente cierto, también hay que afirmar una vez más que siempre que haya estenosis pilórica, estómago bi-

(1) Comunicación leída en el segundo Congreso español de Cirugía.

loculado ó triloculado (del cual he tenido ocasión de observar un caso), el único tratamiento racional es la gastro-enterostomía.

No me propongo hacer un estudio general acerca del valor de dicha operación, y voy á limitarme al punto determinado de apreciar el valor de la gastro-enterostomía como tratamiento de la hematemesis.

Hay que partir de puntos de vista bien comprobados, de lo que significa la gastro-enterostomía: la gastro enterostomía no llena más que una indicación mecánica; si hay un píloro que no funciona ó funciona mal, ya porque esté enfermo directamente (neoplasmas ó cicatriz pilórica), ó porque las lesiones del estómago determinen tales condiciones que se reflejen en las funciones del píloro, la indicación es bien clara: extirpar el píloro enfermo si es posible, ó hacer un nuevo píloro por medio de la gastro-enterostomía, ya que las indicaciones de las operaciones duodeno-gástricas son tan limitadas, exigen tales condiciones, que hoy por hoy no se puede establecer un paralelo entre aquellas operaciones que se proponen restablecer el calibre estrechado sin resecar y sin la gastro-enterostomía y estas últimas operaciones. La gastro-enterostomía llena una indicación mecánica, y siempre que exista un obstáculo mecánico, no hay más sino quitarlo ó anular sus efectos, abriendo una nueva vía por donde salgan los productos gástricos que se retienen.

¿Pero tiene otras indicaciones la gastro-enterostomía? Se ha dicho durante mucho tiempo que la gastro-enterostomía deja en reposo el órgano; que el estómago, por el hecho de la *talla* estomacal, queda inerte, se constituye como órgano de paso, que, al hacer en él una abertura, deja pasar los alimentos, sin que este hecho exija contracción muscular; y claro que si así fuera, cesando las contracciones del estómago, quedando éste en reposo absoluto por medio de la gastro-enterostomía, bastaría ésta para contener la evolución de los neoplasmas, permitir el vaciamiento del estómago en los casos de dilatación simple sin estenosis pilórica; se combatirían perfectamente los trastornos dependientes de las alteraciones funcionales del estómago, los trastornos del quimismo, pues no teniendo que funcionar el estómago, no estaría incitada la secreción anormal, y sería la gastro-enterostomía el tratamiento más seguro y sencillo de las hemorragias estomacales; dependieran de la úlcera gástrica, de la evolución de un neoplasma, etc.; es decir, si la gastro-enterostomía dejara en reposo absoluto el estómago, dicha operación sería la panacea para todas las enfermedades gástricas, paliativa cuando de neoplasmas se tratara, y curativa cuando se tratara de toda esa serie de afecciones que se ha dado en llamar afecciones simples del estómago.

Se comparaba la gastro-enterostomía bajo este aspecto á lo que pasa en la talla vesical. Es un hecho de práctica corriente que el tratamiento de la cistalgia, sea cual fuere la causa de la misma, es la talla perineal ó hipogástrica; que las hematurias vesicales se tratan por la talla vesical, y no se cuentan el número de observaciones en las cuales la talla ha hecho cesar la hematuria; pero es que la talla vesical transforma desde el primer momento la vejiga en un órgano de paso; la orina sale de la vejiga á medida que entra; no se detiene en ella, no necesita la vejiga contraerse para expulsarla; y se admita como se quiera cuál es la causa de la hemorragia y la causa del dolor, es lo cierto que con la talla cesa la hemorragia, sea cual fuere su origen vesical, y cesa el dolor; y la prueba clara y terminante de la influencia de la contracción muscular es que, á medida que se va cerrando la abertura vesical, reaparecen los dolores, si no se ha aprovechado el tiempo que ha permanecido en reposo la vejiga para curar la causa originaria de los mismos. Y yo me he visto obligado en algún caso á transformar la cistotomía hipogástrica en cistostomía, única manera posible de curar ó aliviar de un modo permanente la cistalgia.

¿Pero es posible comparar estos resultados con los que produce la gastro-enterostomía? Ni la Clínica ni la experimentación abonan tal manera de pensar; la gastro-enterostomía no pone en reposo el estómago, haya ó no haya estenosis pilórica; si no hay estenosis, no se concibe para qué pueda servir la nueva boca; es una operación inútil, porque no llena indicación alguna; si hay estenosis, estará indicada; pero no como tratamiento de hemorragia ni de dolor, sino como tratamiento de la estenosis, sea ésta del píloro, sea una estrechez que divida el estómago, dándole la forma de reloj de arena, etc., etc., y esto, que es lo racional, lo confirma, como decía, la Clínica y la experimentación. La Clínica demuestra que la hematemesis puede sobrevenir y sobreviene á pesar de la gastro-enterostomía, que ésta no la contiene y que la hematemesis, dependa de un neoplasma gástrico, de una úlcera que esté en actividad, puede matar á pesar de la gastro-enterostomía ó comprometer seriamente la vida del operado; y es preciso insistir en tales hechos, porque siendo la gastro-enterostomía una operación excelente, y la única sencilla, que puede combatir todos los hechos que dependan de un trastorno mecánico, conviene, para que tal operación no se desacredite y se la conceda todo el valor que en realidad tiene, no forzar los hechos para ensanchar sus indicaciones, no hacerla nada más que cuando esté indicada, y ni la Clínica, repito, ni los hechos experimentales, la abonan como tratamiento de todos aquellos estados que *exigen* para su curación el reposo absoluto del órgano, que

ciertamente no se obtiene con la gastro-enterostomía. Algunas observaciones de hematemesis en cánceres de estómago y en úlcera en plena actividad en individuos recién gastro-enterostomizados, demuestran lo infundado de tal indicación.

He ahí algunas de dichas observaciones:

Mujer de sesenta y tres años: Epitelioma del estómago. Gastro-enterostomía Rusca el 12 de Diciembre de 1903. Día 20: Dos hematemesis, y muere de anemia aguda el 25.

Hombre de treinta años: Epitelioma del estómago. El 18 de Diciembre de 1904, gastro-enterostomía Rusca retrocólica posterior. Día 23: Hematemesis pequeña. Día 26: Hematemesis intensa y muerte.

Hombre de cuarenta años: Úlcera de estómago en plena actividad; hematemesis grandes y repetidas; anemia profunda (glóbulos rojos, 2.200.000; H. 033). El 26 de Noviembre de 1904, gastro-enterostomía Rusca retrocólica posterior. Hematemesis pequeña la tarde de la operación; al día siguiente hematemesis violentísima que lo mata á las dos de la tarde.

Niña de once años: Síntomas de úlcera y estenosis. El examen radioscópico no da dato alguno, ni la radiografía. Operada el 19 de Octubre de 1907. Gastro-enterostomía Rusca retrocólica posterior. El día 21 hematemesis intensísima, que pone en grave peligro la vida de la operadita. Curada el 10 de Noviembre de 1907, pero demostrando una vez más la inutilidad de la gastro-enterostomía para prevenir la hemorragia, como la anterior observación demostró la inutilidad para curarla y prevenirla.

En la actualidad hay en la Clínica un recién operado de gastro-enterostomía Roux, que con motivo ú ocasión de un lavado del estómago ha tenido una hematemesis que ha puesto en peligro su vida.

Cinco hematemesis post-operatorias en poco más de 100 gastro-enterostomías, es proporción algo elevada, y tanto más desagradable, recordando que tres de ellas fueron causa de la muerte y que sólo se salvó la niña, ya que el último operado sigue en la Clínica, sin que se pueda aseverar que el peligro ha pasado ya.

Los tres primeros hechos me indujeron á emprender una serie de experimentos en los perros, expuestos en mi citado discurso; y el de la niña operada en este curso me indujo á persistir en dicho camino, ampliándolo con el examen radioscópico y radiográfico, hecho inmediatamente después de la gastro-enterostomía.

De la primera serie de experimentos sólo recordaré que los resultados obtenidos no pueden ser más uniformes; en todas las observaciones en que se ha matado á los perros antes de pasar la primera hora de terminar la operación é ingerirle leche, ésta se encon-

traba por completo en el interior del estómago; ni la más pequeña cantidad en el asa anastomosada; los bordes de la herida del estómago en íntimo contacto; al introducir el dedo en la abertura anastomótica se contrae el intestino, fenómenos ambos que indudablemente contribuyen á que no pase en los primeros momentos nada del contenido estomacal al intestino; y como esto ocurre en todas las observaciones experimentales, quedaba demostrado que la gastro-enterostomía no convertía el estómago en órgano de paso, sino que desde el primer momento la abertura artificial desempeña el papel de un nuevo píloro, puesto que ni siquiera es preciso recordar que en tales experimentos lo primero que se hace es cerrar el píloro por medio de una apretada ligadura. La consecuencia lógica de tal grupo de experimentos es que la gastro-enterostomía no tiene el menor parecido con la talla vesical, como se ha querido sostener, y que por lo tanto no llena indicación alguna en aquellas enfermedades del estómago ó en sus complicaciones, en las cuales es de absoluta necesidad el reposo del órgano; y no la llena, porque el píloro artificial es continente desde el primer momento.

A pesar de la constancia en los resultados, he creído necesario repetir, ampliar y modificar dichos experimentos, principalmente con el fin de ver si la radioscopia ó la radiografía, hechas inmediatamente después de la operación, aportaban algún dato al problema por mí planteado: porque adviértase que, de ser ciertas las premisas por mí sentadas, carecen de fundamento ciertas indicaciones de la gastro-enterostomía, todas las que no se funden en la existencia de trastornos puramente mecánicos; debiendo proscribirse en absoluto, por falta de lógica y fundamento científico, una serie de indicaciones que reconocen tal origen: sólo un píloro que no funciona, ó funciona mal, exige que se haga un nuevo píloro.

La técnica seguida ha sido la siguiente: anestesia obtenida con la inyección intraperitoneal de morfina, un centigramo de morfina por kilo de peso del animal, y para ver si la anestesia modificaba los resultados, el tercer experimento lo hice sin anestesia, y como se verá, los resultados han sido completamente iguales. La anastomosis ha sido hecha con el intestino delgado, haciendo en algún caso la sección oblicua para aumentar el diámetro de la anastomosis: en los cuatro últimos perros, y para aproximarse á lo que ocurre en la Clínica, se les ha tenido sin darles alimento desde la noche anterior á la experimentación; se ha hecho radioscopia que nada ha demostrado, y la radiografía en todos inmediatamente de terminada la operación; sacrificando á los animales, unos inmediatamente y otros pasadas dos horas de la operación; y por último, en el último perro he hecho simplemente una abertura estomacal, para determinar qué

parte corresponde al estómago y qué parte al intestino, en la continencia de la abertura anastomótica.

He ahí los resultados, cuidadosamente recogidos por mi ayudante de Clínicas, Dr. Royo:

Experimento 1.°—Perro de 22 kilos. Anestesia con 22 centigramos de morfina en inyección intraperitoneal. Laparotomía, ligadura del píloro con una tira de gasa, sección transversal del intestino delgado; se liga el cabo superior, y el inferior se anastomosa con la cara posterior del estómago; sutura de pared. Con sonda se da al perro medio cuartillo de leche con 15 gramos de subnitrato de bismuto. Radioscopia, no se ve nada; radiografía, poco clara. Se abre la herida inmediatamente. El estómago lleno de leche, algún grumo en el intestino, pero no de aspecto de leche; la anastomosis permeable.

Experimento 2.°—Perro de 17 kilos. Anestesia con 17 centigramos de morfina. Se repite todo lo hecho con el anterior; en el estómago hay alimentos á medio digerir, que se quedan allí al hacer la gastro-enterostomía. No se intenta radioscopia; radiografía, mancha negra del estómago. Abierta la herida en seguida, y extraído el estómago, se ve lleno, nada en intestino; por la anastomosis puede pasar el pulgar.

Experimento 3.°—Perra de 24 kilos. Está sin comer desde el día anterior; se la opera sin anestesia, y se sigue igual técnica que en los anteriores. Se inyecta en el estómago por una sonda 300 gramos de leche con gran cantidad de bismuto, sémola y carbonato de plomo (éste en corta cantidad). Radiografía. Se abre en seguida la herida; el estómago lleno, nada en intestino; la anastomosis permeable.

Experimento 4.°—Perro de 21 kilos. Anestesiado con 20 centigramos de morfina; la misma técnica operatoria é igual cantidad de leche con bismuto y albayalde que en el anterior. Radiografía. Se le abre de nuevo la herida á las dos horas y media; el estómago lleno, nada en el intestino; la anastomosis permeable.

Experimento 5.°—Perro de 12 kilos. Anestesia con morfina. Gastro-enterostomía. Inyección de leche y bismuto. Radiografía. Se le abre de nuevo á las dos horas. El estómago repleto, nada en intestino.

Experimento 6.°—Perro de 11 kilos. Anestesia con morfina. Ligadura del píloro é incisión en estómago como de un centímetro, que se deja abierta sin anastomosar nada ni suturar. Inyección de leche y bismuto en igual cantidad, 300 gramos. Radiografía. Se abre el vientre al poco rato; algo, muy poca leche ha pasado por la abertura del estómago á la cavidad peritoneal. El estómago distendido. Con el estómago á la vista, se ve que á cada esfuerzo del animal se entreabre ligeramente la abertura estomacal y sale alguna gota de líquido.

Como se ve, los resultados de estos experimentos son completamente iguales: demuestran, como ya habían hecho los anteriores, que el píloro recién formado es en absoluto continente desde el primer momento, y confirman, por lo tanto, en absoluto lo que hace ya algún tiempo defiendo: la gastro-enterostomía sólo está indicada para combatir los trastornos de orden mecánico, careciendo de fundamento científico todas las demás indicaciones que se han dado de la gastro-enterostomía.

Hay que hablar de la radioscopia y de la radiografía.

Ya había empleado la radioscopia como medio de diagnóstico, y ejemplo de ello es la observación de la niña citada antes como hecho de hematemesis después de la gastro-enterostomía, sin obtener de tal medio diagnóstico resultado alguno. Para mí era de gran valor dicho examen, hecho inmediatamente después de la gastro-enterostomía, único momento en que dicho medio podría contribuir á resolver el problema de si la abertura anastomótica es ó no continente desde el primer momento, examen que no es posible hacer en el enfermo; por estas razones, y para completar los datos que suministra el sacrificar á los animales inmediatamente después de la operación, es por lo que he creído necesario acudir en dichos instantes á dicho método exploratorio.

La instalación de la Facultad de Medicina es completa; el doctor Pombo, inteligente en las materias, en estos experimentos ha tenido un auxiliar poderoso en un distinguido discípulo mío, el Dr. Mateo Milano, y sin embargo, hay que decirlo: no hemos sacado nada en claro del examen radioscópico; y que yo no supiera ver, no tiene nada de particular; pero que no interpretaran con gran facilidad los dos señores citados, es lo que me puso en guardia é hizo en mí despertar la sospecha que la serie de famosos calcos que por ahí se exhiben no responden á la realidad de los hechos, sino á las interpretaciones más ó menos libres que de las figuras radioscópicas han dado los distintos autores. Y en cuanto á la radiografía, también debo decir algo; al examinar las negativas se ven las manchas más ó menos difusas, debidas indudablemente al bismuto, pero muy lejos de presentar aquella precisión de líneas y aquellas figuras tan demostrativas que hemos visto en exhibiciones, publicaciones, etc. No me atrevía á manifestar mi extrañeza. Una pregunta, entre festiva y seria, me dió la explicación de los hechos: al pedir las positivas, se me preguntó si las quería tal como resultaban ó las quería algo retocadas para precisar más; como es natural, contesté que no admitía ningún retoque, porque quería exponer las cosas tal como son, no como se interpretan y se corrigen, quedando desde este momento convencido que la serie de dibujos que se exponen como

representando el estómago son, en gran número de casos, radiografías retocadas.

No es esto negar el valor de la radiografía, porque precisamente en este caso lo limitado relativamente de la mancha en las radiografías 2.ª, 3.ª, 4.ª y 5.ª y lo limpio del resto de la fotografía, contrastando con lo bien marcado de los huesos, demuestra que el contenido del estómago no había pasado al intestino; porque si hubiera pasado, y en cantidades perceptibles, como debía ocurrir de no ser continente, á la mancha oscura, globulosa que representa el estómago, debiera ir unida una cinta que indicara que el asa anastomosada estaba llena de la substancia introducida en el estómago. La fotografía primera no es demostrativa, pero en cambio la sexta, que corresponde al perro en el que se incindió el estómago, demuestra, ó así creen los radiólogos que se debe interpretar, que la substancia se vertía, siquiera fuese en poca cantidad, en el interior del abdomen.

Para terminar, á modo de resumen, de lo que pienso en cirugía gástrica:

1.° El cáncer de estómago no tiene más tratamiento que el quirúrgico, y la única operación que puede ser curativa es la gastrectomía.

2.° La gastro-enterostomía no llena más que un fin de orden mecánico, sea cual fuere el padecimiento de que se trate: suplir á un piloro que no funciona ó funciona mal.

3.° La gastro-enterostomía será paliativa, y es mucho concederle, en los cánceres de estómago en que haya trastornos de orden mecánico.

4.° La gastro-enterostomía es el único recurso contra las estenosis pilóricas simples que no se pueden extirpar, y podrá ser curativa si sólo queda el hecho cicatricial, pero sólo auxiliar, si bien es cierto poderoso, cuando subsisten lesiones gástricas, que se deberán combatir, porque si no reaparecerán los síntomas; de todos modos, hay que insistir en ello: apenas diagnosticada la estenosis pilórica, se debe hacer la gastro-enterostomía.

5.° El dolor podrá ser causa de indicación; pero sólo cuando dependa de trastornos mecánicos se podrá corregir con la intervención.

6.° Si la gastro-enterostomía da resultados en los estómagos biloculados, es porque la estrechez que une los dos fragmentos es un factor mecánico, cuyos efectos desaparecen con la operación que obra mecánicamente.

Y 7.° En los demás casos, úlcera en plena actividad, hemorragias, dispepsias nerviosas, gastro-sucorreas, etc., etc., no hay nin-

gún fundamento racional para acudir á la gastro-enterostomía; y si se citan casos de curación después de ella, no hay que olvidar que todos los días se ven hematemesis dependientes de úlceras que curan espontáneamente, y hay que decirlo así para no desacreditar una operación de tan alto valor cuando está racionalmente indicada.

UNA FORMA POCO FRECUENTE DE ENDOPERICARDITIS REUMÁTICA

POR EL DR. ANTONIO MUT
Del Instituto Rubio.

Don José Pena Martínez, de cuarenta y siete años, natural de Lugo, casado, residente en Madrid, de constitución nada más que regular, y domiciliado en la calle de Lagasca, 42, viene padeciendo, desde hace años, ataques de reumatismo articular agudo. En los intervalos de los ataques fuertes, su salud nunca es completamente buena, pues tan pronto una como otra articulación, se muestra afectada por el proceso en forma subaguda. D. J. P. vive en una tienda, y duerme en las habitaciones interiores de ésta, en las que en ninguna época del año entra el sol.

Pertenece nuestro enfermo á esa categoría de *aficionados médicos* que entienden que, por haber leído el *Raspail* ó algún otro librejo por el estilo, están en posesión de la completa verdad respecto á su padecimiento, y se guían de sus impresiones ó de lo que algún amigo ó compañero de infortunio les dicta. Así es que, fuera de los accesos agudos en que ha tenido que someterse á plan facultativo, este señor ni ha ido á baños, ni ha tomado medicamento alguno, ni ha guardado higiene de ninguna clase, ni ha dejado de morar en su oscura y húmeda trastienda. Desde que conozco y trato á este enfermo, le he asistido tres poliartritis febriles, y en las tres el salicilato de sosa no se ha mostrado á la altura de su reputación. Seis, ocho gramos diarios de salicilato, por espacio de unos días, son suficientes á trastornarle la cabeza, perturbarle el estómago, producirle viva repugnancia; pero no modifican en lo más mínimo el dolor ni la duración del mal. (Sé de otros varios casos como éste.) Cuando he querido aliviar á este enfermo, he tenido que recurrir al cloral y á las inyecciones de morfina; y así, con calmantes, y haciéndole sudar, y favoreciendo la eliminación renal, y á fuerza de un mes de cama, ha pasado lo agudo, sin quedar, como he dicho, completamente curado.

El día 15 de Mayo de este año fuí avisado para ver nuevamente á este enfermo, quien me contó que, después de haber pasado una temporadita regular, hacía tres ó cuatro días se le había *fijado* el

dolor más intenso en los hombros y espalda, pero muy especialmente en el lado izquierdo del pecho, hasta el punto que le dificultaba el respirar ampliamente, y que la tos aumentaba atrozmente la sensación dolorosa. Existía fiebre de 39,5° y los demás síntomas que acompañan á ésta. Procedí á reconocer este enfermo, empezando por el sitio que subjetivamente lo estaba más, y encontré: Inspección: nada de anormal. Palpación: aumento de la fuerza del choque de la punta. Sensación palpable de frote en la región precordial, que se extendía hasta la séptima costilla, en las líneas mamilar, axilar anterior y media. Percusión: macidez cardíaca relativa (yo la llamaría absoluta), es decir, la gran macidez, normal, tonalidad pulmonar, fisiológica; espacio semilunar, libre; aumento en la frecuencia de la respiración; inspiraciones profundas, entrecortadas por el dolor. Auscultación: *ruido de roce* fuerte, áspero, muy superficial, interrumpido, en la misma zona que lo delataba la palpación; el frote aumentaba, inclinándose el enfermo hacia adelante y con la presión del estetóscopo. En la región de la punta se percibía muy claro ruido de *soplo*, coincidiendo exactamente con el sístole, muy localizado, en una extensión como de una moneda de cinco pesetas. Los otros focos de auscultación no ofrecían nada especial, como no fuera un refuerzo en el tono diastólico, así pulmonar como aórtico.

Diagnóstico.—Endopericarditis reumática. Pronóstico: grave. Tratamiento: permanencia en cama, dieta láctea, sudoríficos, euforina, un vejigatorio en la región precordial. Al día siguiente, 16 de Mayo, hay menos dolor, menos fiebre; continúan los fenómenos de auscultación.—17 de Mayo: Suspendo sudoríficos y euforina; administro dosis pequeñas de quinina; han disminuído mucho los dolores generales y el del lado izquierdo del pecho: el estado general es mejor; no practico auscultación.—18 de Mayo: No hay dolores ni fiebre; el enfermo se mueve y respira bien; ha desaparecido el ruido de soplo; el ruido de roce es muy velado.—19 de Mayo: No hay variación; receto un purgante.—Día 20: El enfermo se encuentra muy bien; ausculto detenidamente, y no percibo absolutamente nada anormal en el pecho y corazón del enfermo.—Día 22: Alta.

Hasta aquí la historia clínica, sucintamente trazada. Ahora razonemos un poco lo que hemos visto. Ciertamente que en pocos puntos de la patología interna se ha falseado tanto la clínica como en las enfermedades del aparato circulatorio. La cardiopatología, la auscultación en general, mejor dicho, se presta como nada á las exuberancias de la imaginación, y es cosa de volverse loco cuando uno no puede en la práctica llegar á conseguir esas sutilezas acústicas de que nos hablan los libros y aun los mismos autores que las descubren, verdaderos wagneristas de la música pneumo-cardíaca.

En las primeras ocasiones, atribúyese á falta de agudeza ó educación auditiva, y aun á ceguera intelectual propia el fracaso; pero con el tiempo, vase uno convenciendo de que esas distinciones ilusorias perjudican más que benefician á la clínica, que debe hacerse con sinceridades y no con permanentes inminencias de error. Diez y seis años de auscultar diariamente enfermos me autorizan á expresarme así. Y si es difícil, porque sí lo es, la apreciación por los sentidos de los signos físicos que dan de sí los órganos contenidos en la cavidad torácica, aún es mucho más la significación diagnóstica, la interpretación clínica de lo que se ve, se palpa ó se oye. Yo no tengo inconveniente en declarar que, auscultando hoy mejor que cuando terminé la carrera, hago menos diagnósticos que entonces. Así que no me extraña, me explico perfectamente los juicios tan seguros, tan atrevidos á veces, de la juventud médica. ¡Ah! ¡Si se pudiera hacer autopsia en todos los casos! No deja de causarme cierto estupor, por otra parte, cuando veo á médicos *ya hechos* aproximar su oído al pecho de un enfermo, y al instante (entienden muchos que cuanto más rápidamente se hace operación, tanto mejor) exclamar, por ejemplo: «Este corazón está sano», ó por el contrario: «Aquí una caverna», etc.

Me ha parecido conveniente hacer estas advertencias, como justificante de lo prevenido que estoy siempre que se trata del examen físico de las enfermedades cardio-pulmonares.

Ante todo, hay que convenir que el caso actual es raro, porque, aun cuando se cita por los autores la existencia de las alteraciones endo pericardíacas, lo corriente es que sea una ú otra serosa la que se lesione en el proceso morboso, ó por lo menos domine una de ellas, hasta el punto de ocultar los caracteres acústicos restantes. Los ruidos pericardíacos, por su intensidad, generalmente se sobreponen á los endocardíticos, que sólo se hacen manifiestos después de la desaparición de los primeros. Pues en el enfermo que cito, la existencia del ruido de soplo sistólico en la punta se oía perfectamente claro y distinto del frote pericardíaco. Pero, no obstante el ruido de roce precordial indicar una inflamación del pericardio y el ruido de soplo sistólico, de rápida aparición, ser propio de la insuficiencia mitral aguda, ¿podemos asegurar que se trataba realmente de una flogosis endopericardíaca? En cuanto á la existencia de la pericarditis en su primer período (pericarditis *seca* de los autores), no es posible ponerla en duda, ó no se puede entonces creer en nada. Todo lo más que podría razonarse en el caso actual sería la propagación del ruido hacia abajo y atrás, hasta la línea axilar media, á la altura de la séptima costilla, porque podría pensarse en la existencia simultánea de una pleuritis de las cercanías del corazón, en el seno me-

diastino costal. En efecto: la distinción entre la pericarditis y la pleuritis pericardíaca, cuando la primera se acompaña de una pleuritis localizada en las inmediaciones del corazón, es asunto que la inmensa mayoría de los mortales debemos abandonar á las exquisiteces ultrasensibles de la imagen auditiva, propias de los inventores de esas percusiones lineales, que apenas se oyen, etc., etc.

De modo que no negaré la posible existencia de una pleuritis pericardíaca; pero como el ruido de roce se notaba perfectamente bien en el centro de la macidez cardíaca, en un sitio donde no llega el seno mediastino costal, y dicho ruido, aumentaba con la presión del estetóscopo y con la inclinación del enfermo hacia adelante, y no estaba ligado á los movimientos respiratorios, hay que admitir el diagnóstico de pericarditis, ó no hay Dios en los cielos. Ya me guardaré yo muy bien de tener las mismas seguridades respecto á la existencia de una endocartis, en el enfermo de que hablo, sólo por el hecho de la presencia del ruido de soplo mitral, así como me libraré siempre de negar, en otras circunstancias, esa misma endocarditis aguda sólo porque no se aprecie síntoma objetivo alguno. Un soplo en cualquier foco de auscultación cardíaca puede revelar, en ocasiones, una lesión orgánica del endocardio; en otras condiciones, una afección del miocardio, y en otros estados, no supone lesión anatómica del corazón. En nuestro caso, ¿era el soplo mitral endocardíaco, miocardítico ó simplemente accidental? La diferenciación diagnóstica entre un ruido sistólico (en un proceso agudo) de naturaleza endocardítica y otro miocárdico, á juzgar por el tono, intensidad y timbre musical tan sólo, es un problema que únicamente aquellos que desean quedar bien en todas las ocasiones pueden resolver. La misma distinción entre un ruido orgánico y otro accidental, no siempre resulta fácil, y muchas veces hay que dejar el diagnóstico en suspenso hasta más ver.

Aquí, como en tantos otros puntos de la Medicina, el signo físico, el hecho escueto por sí, nada vale; tenemos que buscar en el mismo órgano enfermo y en el estado general, en la etiología del padecimiento, otros detalles que nos auxilien en el juicio. Yo entendí que el soplo que presentaba el enfermo en cuestión era endocardítico, no porque fuera más ó menos *impuro*, ni más ó menos suave, ni otras zarandajas por el estilo, sino porque se ofrecía en *un reumático*, y ya es sabido la marcada electividad que el veneno reumatógeno posee para todas las serosas, y además porque el pulso (este detalle se me ha pasado en la historia clínica) era regular y fuerte, carácter que se mantuvo durante todo el breve curso de la enfermedad. Claro es que lo probable, lo casi seguro, es que el miocardio tomara parte en el proceso, y aun es posible que el soplo, á que tantas veces

me he referido, fuera miocárdico, por atonía de los músculos tensores de las válvulas; pero, como se comprenderá, tales distingos son indiagnosticables á la cabecera del enfermo, y es regla clínica de primer orden aproximarse siempre, en caso dudoso, á la suposición más sencilla y no aventurarse en diagnósticos anatómicos demasiado finos. Pero, ¿no podría suceder que no hubiera del proceso inflamatorio endocardítico, sino simplemente vibraciones anormales de los músculos papilares, que el soplo fuera anorgánico, anémico, febril nada más? ¿Cómo se distinguen los soplos anorgánicos de los inorgánicos? Pues dejándonos, de una vez para todas, de si éstos tienen más intensidad, timbre más rudo que aquéllos y de otras ilusiones auditivas, atendamos primeramente á la etiología del padecimiento, y como nuestro enfermo no era, ni es, anémico, ni caquéctico, quedan descartadas estas dos eventualidades.

En cambio, la polioartritis aguda reumática habla en favor del origen endocardítico de la insuficiencia mitral aguda. Mas como el enfermo estaba febril, ¿no se trataría de un ruido accidental de esta naturaleza? Los ruidos dependientes de una lesión anatómica de las válvulas van acompañadas de la dilatación é hipertrofia del ventrículo derecho y la acentuación en la intensidad del segundo tono pulmonar. ¿Ocurría esto en nuestro enfermo? Yo no pude notar aumento de fuerza y volumen en el corazón derecho, más sí refuerzo del diástole pulmonar. Ahora bien: este refuerzo, dado el estado de eretismo cardíaco febril que existía, no ofrece nada de particular, y puede ser explicado por este hecho. Por consiguiente, la apreciación de aquellos dos importantes signos físicos, puede considerarse como poco ó nada estimable para el caso que discurro. Luego, ¿venimos á parar en que no había otra cosa sino un soplo accidental, puramente temporal y transitorio, sin lesión del endocardio?

No, no adelantemos todavía el resultado del razonamiento, porque si bien es cierto, perfectamente lógico, que los ruidos orgánicos se han de acompañar (recuérdese que nos referimos siempre á la insuficiencia mitral) del ya citado reforzamiento del segundo tono pulmonar, debido á la hipertrofia del ventrículo derecho, consecutivo á la repleción sanguínea en la circulación pulmonar, no es menos cierto de toda certeza que no *siempre,* constantemente, suceden las cosas como deben suceder.

El gran clínico Leube cita el caso de una muchacha afecta de fiebre tifoídea, en la que se observó un ruido sistólico claro en la punta, con *percusión normal,* un *pequeño refuerzo,* que más tarde desapareció, y un *pulso fuerte* y *regular.* El diagnóstico quedó en suspenso, inclinándose, sin embargo, Leube á la existencia de una endocarditis porque el ruido se *había presentado en el curso del*

tifus, cuya infección tanta importancia tiene en la etiología de las endocarditis, confirmando el curso del padecimiento esta opinión, pues en este caso el ruido persistió, aun después de haber quedado infebril la paciente.

Por otra parte, en los ruidos accidentales puede presentarse el aumento en la fuerza del segundo tono pulmonar y la dilatación é hipertrofia de las diversas secciones del corazón; es decir, los signos que se consideran como patognomónicos de los ruidos orgánicos. ¿Y por qué no? Trátese de una insuficiencia mitral *relativa*, por debilidad funcional de los músculos papilares, ó de una insuficiencia *anatómica* por depósito de concreciones que alteran los endotelios, el resultado se que origina una corriente retrógada del ventrículo á la aurícula izquierda, y como consecuencia de la repleción sanguínea en la circulación menor, se hipertrofia el ventrículo derecho, y por ende se presenta el refuerzo del segundo tono pulmonar, refuerzo que indica la exagerada actividad de dicho ventrículo.

De suerte que tenemos que los signos físicos, de gran valor indudablemente, hipertrofia y refuerzo, esto es, exceso de trabajo en el segmento de corazón que antecede á la lesión, no pueden, á pesar de todo, considerarse infalibles: 1.°, porque dejan de presentarse en casos de verdaderas endocarditis; 2.°, porque se presentan en casos de trastornos puramente funcionales. Además, én el caso que motiva estas líneas, supuesta y admitida la lesión endocardítica, ¿es que realmente *hubo tiempo* material, dado lo fugacísimo del sindrome, para que se produjeran hipertrofias compensatrices á la demanda de las resistencias, y estas últimas fueran de tal entidad que se pudieran apreciar por nuestros medios corrientes de exploración?

Por último, y para terminar este punto, si la lesión pericarditica era evidente, ¿cómo no suponer la participación endocardítica de la misma naturaleza, y aun por mejor decir, del mismo miocardio; es decir, de una verdadera *carditis reumática?* Falta discurrir sobre otro extremo, quizá el más interesante del caso de D. J. P., y es la brevedad verdaderamente extraordinaria del proceso reumático en el corazón. ¿Qué endopericarditis es esa que dura cuatro ó cinco días y desaparece sin dejar huella alguna? Pues sencillamente, una endopericarditis *reumática*, porque ese es el carácter principal de las localizaciones cardíacas del reumatismo en un principio; el ser fugaces, pasajeras, benignas, terminando por la *restitutio ad integrum*, hasta que, entorpecidos los mecanismos orgánicos de defensa ó la reiteración de las acciones morbosas, acaban por dejar constituídas lesiones irreparables.

La frase de Lasègue de «que el reumatismo lame las articulaciones y muerde el corazón», sólo es verdad allá cuando repetidos ata-

ques comprometen definitivamente el juego valvular ó también cuando la virulencia del veneno reumático es de tal intensidad que hiere mortalmente, al primer asalto, el más noble de los órganos de nuestro cuerpo. Más cierto es, á mi modo de ver, el dicho de Bauilland, de que «el corazón se comporta ante el agente reumatógeno como una articulación».

Con efecto; las lesiones de la endo-pericarditis reumática no difieren de las de las serosas articulares, y se sabe que en éstas los fenómenos morbosos se caracterizan por su fugacidad, desapareciendo de la noche á la mañana, con tendencia á la resolución completa, por lo menos en los comienzos del mal y por el predominio hiperhémico ó congestivo sobre los trastornos celulares propiamente dichos. En suma, que en la serosa cardíaca, como en la sinovial de una articulación, pueden quedar reducidas las cosas á una simple congestión fluxionaria sin cambios de textura importantes ni exudaciones apreciables.

El corazón, como el riñón de un reumático, está expuesto á sufrir estos zarpazos, que no profundizan por el momento, pero que pueden dejar la señal para nuevos y más tremendos ataques. Es más: este caso y otro muy parecido que tuve ocasión de observar en los principios de mi práctica, me han hecho pensar si la participación del corazón en todo proceso reumático, leve ó grave, no ha de ser mucho más frecuente de lo que todos sabemos, ya que estos mismos fenómenos que se presentaron en el caso que me ha ocupado pueden ofrecerse en otros varios, sin que se produzcan síntomas clínicos, siquiera sean insignificantes. La pericarditis reumática puede existir y evolucionar, y hasta terminar por la sínfisis cardíaca sin síntomas de percusión y auscultación, y la endocarditis, aun con más frecuencia, se desenvuelve y termina, ya por la resolución, ya dejando lesiones óricas y valvulares permanentes sin síntoma objetivo alguno durante cierto tiempo. Quizá por eso se ha dicho que el reumático, aun después de curado de su reumatismo, queda cardíaco.

Así es que, aunque por el momento yo me he equivocado en el pronóstico grave que formulé de este caso, pues á los ocho días de pronunciada esta sentencia, todo el que quiso pudo ver muy tranquilamente á la puerta de su establecimiento á D. J. P., es evidente que el corazón de este enfermo está expuesto, como el que más, á nuevas y más trascendentales localizaciones del agente tóxico reumático.

APUNTES CLÍNICOS Á PROPÓSITO DE DOS LAPAROTOMÍAS

POR EL DR. FRANCISCO BOTÍN
Del Instituto Rubio.

El haber tenido ocasión de operar una enferma con quistes hidatídicos peritoneales, es el primer motivo del presente trabajo.

Las siembras de equinococos en el peritoneo se presentan con poca frecuencia en la práctica, y buena prueba de ello es que yo, que he practicado bastantes laparotomías y he ayudado á practicar algunos centenares á mi maestro el Dr. Gutiérrez, sólo he visto tres casos: uno, operado por mi maestro; otro, por el Dr. García de Arias, y el que ahora expondré, operado por mí.

La segunda enferma, de quien luego he de ocuparme, padecía de pio-salpinx bilateral; enfermedad que abunda bastante, más de lo que debiera, si los enfermos blenorrágicos hicieran más caso de los consejos de los médicos y se convencieran de que la blenorragia no solamente puede ser de funestas consecuencias para el que la padece, sino para las pobres mujeres que son contagiadas en los primeros tiempos del matrimonio (sabemos que el 60 por 100 de las salpingitis purulentas son gonocócicas), dando lugar unas veces á la esterilidad, por la invasión rápida del útero y anejos, y otras, si logran quedar embarazadas, gozan un compás de espera: las lesiones quedan circunscritas á una vulvo-vaginitis, el huevo opone una barrera al avance del gonococo; pero llega el parto, y al vaciarse la matriz de su contenido, queda libre y amplia la entrada. Por eso es tan frecuente el estallido de esta infección en el puerperio; y la pobre víctima no sabe que por el mismo camino que ha dado paso al hijo tan deseado, penetra el germen que ha de condenarla á ser mutilada por la mano del cirujano.

En segundo término, las infecciones puerperales, estreptocócicas, estafilocócicas, son causa de supuraciones anexiales; en éstas hay más esperanza de encontrar en el momento de la operación el proceso limitado á los anejos de un lado; en las gonocócicas, las lesiones son bilaterales desde el primer momento, aunque en uno de los lados estas lesiones parezcan pequeñas en relación con las del lado opuesto; y se comprende que así suceda, conociendo como conocemos el modo de propagarse estas infecciones. Ambas son ascendentes, vienen del exterior; la vía de propagación del estreptoco es por la red venosa ó linfática, partiendo de una herida vaginal, cervical, etc.; por eso es más fácil que sea atacada sólo la trompa de un lado. En cambio, las gonocócicas siguen la continuidad de la mucosa, siendo lo más probable que afecte á la vez ambas trompas.

Como quiera que luego he de insistir sobre este punto para probar que en estos casos no debe pensarse en hacer cirugía conservadora, no me extiendo más en consideraciones, y paso á exponer las observaciones clínicas.

Enferma primera.—En la consulta de Ginecología del Instituto Rubio se presentó una enferma, llamada Natividad Oter, soltera, de veinte años de edad, natural de Alcalá de Henares, de buena constitución y de aspecto sano. No tiene antecedentes patológicos ni hereditarios dignos de mencionar. Menstruó por primera vez á la edad de doce años; esta regla, lo mismo que las siguientes y las actuales, completamente normales. Hace más de un año notó que algo extraño se prolapsaba en sus órganos genitales. Consultó con un médico, quien pudo apreciar un descenso medio del útero, acompañado de ligero colpocele doble. Acusa, además, algún dolor muy tolerable en la parte alta de la región lumbar; dolor que se irradia hacia adelante, hasta el nivel del estómago, en forma de cinturón.

No hay trastornos por parte de sus aparatos urinario y digestivo; sólo manifiesta aversión por los alimentos grasos desde hace algún tiempo.

En Abril del pasado año (1907) ingresó en un hospital de esta corte, donde le fué tratado el prolapso del útero durante mes y medio, saliendo del benéfico establecimiento muy aliviada, merced al tratamiento empleado y á la quietud guardada; pero al poco tiempo, y en cuanto comenzó de nuevo su vida ordinaria, volvió á notar las mismas molestias en su aparato genital.

Esta enferma fué vista primeramente por el Dr. García de Arias, quien dejó sentado el diagnóstico, con el que coincidimos. Explorado manualmente su vientre, se pudo comprobar: el lóbulo derecho del hígado aumentado de volumen hacia abajo; la línea de insonoridad hepática superior alcanzaba su límite normal. Examinamos con arreglo á técnica y en distintas posiciones á la enferma, y dedujimos que aquella tumoración residía en el lóbulo grande derecho del hígado, y no en el riñón; apreciamos otra tumoración grande intra-abdominal, á la izquierda de las regiones epigástrica y umbilical; por último, otras más pequeñas en el centro del vientre, y otra, pequeña también, en la región suprapubiana.

Percutiendo sobre estas tumoraciones elásticas á través de las cubiertas abdominales, se percibía fluctuación oscura ó pequeña onda vibrátil, como la que obtenemos cuando hay gran presión intraquística y las bolsas no han alcanzado exagerado volumen.

Por el tacto vagino-abdominal comprobamos que el útero estaba en ligera anteversión, y situado entre la tumoración suprapúbica ya mencionada, y otra mayor, que ocupaba el fondo de Douglas.

La matriz medía 10 centímetros, y estaba en descenso medio; también había doble colpocele.

Multiplicidad de tumores de contenido líquido en la cavidad abdominal, bien separados algunos de ellos; hígado con un quiste; enfermedad desarrollada silenciosamente, sin producir trastorno local ninguno, ni deterioro en la nutrición general; ausencia de lesiones y tumores en su aparato sexual. Con todos estos datos se hizo el diagnóstico de *quiste hidatídico hepático* (lóbulo derecho) *primario y quistes hidatídicos peritoneales secundarios.*

El diagnóstico se hizo sólo por la exploración directa, pues los fenómenos subjetivos que acusaba la enferma, tales como el dolor lumbar y la aversión á las sustancias grasas, que algunos autores indican como signo precoz de los quistes hidatídicos, no están lo suficientemente probados para considerarlos como síntomas patognomónicos.

Operé á esta enferma el día 12 de Febrero del año actual, y hecha la laparotomía, encontré toda la cavidad abdominal sembrada de quistes, que parecían flotar entre las hojas del gran epiplón á cada inspiración. Los había de varios tamaños: el más grande tendría el tamaño de una cabeza fetal pequeña; la mayoría como naranjas, encontrándolos pequeños como avellanas. Empecé por extirpar tres, que no estaban tan envueltos por las hojas omentales, pendientes de alguna brida membranosa y de algún repliegue epiploico surcado de vasos, que se ligó haciendo un pequeño pedículo. Estos tres tumores estaban situados cerca del colon transverso, en la parte superior del delantal epiploico. El resto de esta serosa contenía un racimo de 17 bolsas, algunas poliquísticas, que son las fotografiadas (fig. 1.ª), y que fueron extirpadas en masa con todo el epiplón, colocando transversalmente ligaduras entrecortadas.

Tres quistes más estaban situados en las partes siguientes: uno alojado en el espacio véxico-uterino; otro en el fondo de Douglas, que fueron enucleados de parte de la serosa que los revestía y pediculizados, y una tercera bolsa en la parte superior de la hoja posterior del ligamento ancho derecho; el extremo abdominal de la trompa y el ovario estaban adheridos al tumor, sobre todo la trompa, que se incrustaba en la pared quística. Despegué el quiste del ligamento, traté de hacerlo también de los anexos; pero al intentar separar la trompa, comprendí que iba á perforar el saco quístico, y ante esta eventualidad, pues hasta entonces había conseguido no romper ninguno, hice pedículo con una ligadura en masa, que comprendiendo el meso-ovario y meso-salpinx, dejaba por fuera de ella, además del tumor, la extremidad terminal de la trompa y el ovario, y corté por fuera de la ligadura.

UNIV. OF CALIFORNIA

FOTOGRAFÍA TOMADA POR LA CARA VISCERAL DE LA PIEZA

UNIV. OF
CALIFORNIA

Enucleación de otro saco equinocócico situado en el meso del colon ascendente, cerca ya del codo hepático, estando parte del intestino adherido al saco por su borde mesentérico, lo bastante íntimamente para obligarme á incindir con tijera la línea de unión de la cubierta quística con el intestino; después, con el dedo envuelto en una compresa, acabé de liberar el intestino, no sin que al terminar se rompiera la bolsa que ofrecía mucha tensión, dando salida á regular cantidad de líquido transparente y de vesículas hijas, que fueron recogidas en grandes compresas colocadas de antemano, en previsión de lo que sucedió, de modo que aislaban la gran cavidad del quiste que se enucleaba. Sutura del meso y una sutura en bolsa de la serosa intestinal, que quedó denudada y sangrante en la parte adherida, terminaron este tiempo de la operación.

Finalmente, un último quiste, alojado en el peritoneo parietal de la pared izquierda, fué aislado con facilidad, y al extraerle arrastró tras de sí, é insertas á él, otras dos bolsas abiertas y vacías, que no pude apreciar si estarían rotas de antemano, pero lo probable es que se rompieran con las maniobras operatorias; ambas pendían del mesenterio por bridas que se pediculizaron sin dificultad.

Total: 27 quistes.

Revisada la cavidad abdominal, y seca mediante compresas, aún encontré otro pequeño tumor, del tamaño de una nuez, fuertemente soldado á un asa de intestino delgado que le rodeaba por completo; así que opté por dejarle.

Traté de atraer á la parte superior de la herida abdominal el quiste madre del hígado; no me fué posible movilizarlo, y para intervenir sobre él hubiera tenido que hacer una contraabertura. La enferma estaba bastante deprimida, pues aunque la operación no fué larga (una hora llevábamos en este momento), todos sabemos lo que estas maniobras sobre intestinos y serosas colapsan á las operadas; así que me pareció prudente dejar para otra sesión esta segunda intervención, máxime cuando el quiste no era de gran tamaño ni producía ninguna molestia á la enferma.

Cerré el vientre con la sutura profunda de hilo de plata de Jonnesco y agrafes para la piel.

Colocada la enferma en su cama, se le puso una inyección de aceite alcanforado, y otra con 500 gramos de suero, del que se habían inyectado otros 500 durante el acto operatorio.

Por la tarde, la operada había reaccionado; el pulso, tenso, latía 110 por minuto; tenía vómitos. Para evitaros el relato del curso post-operatorio, que fué bastante bueno (véase la fig. 2.ª), sólo diré que el día 13 por la tarde apareció una erupción de urticaria en la piel de la cara y pecho; por la noche cesaron los vómitos. El día 15

la piel presenta un tinte ictérico. El día 16 se administró á la enferma un purgante de calomelanos, que hizo buen efecto, y desde entonces el curso fué completamente normal.

La herida cicatrizó por primera intención, y la enferma fué dada de alta el día 6 de Marzo (1).

Ante estas producciones tumorales no debemos tener nunca la pretensión de que vamos á lograr dejar limpio el vientre de quistes, unas veces por estar englobados (como el que quedó en nuestra en-

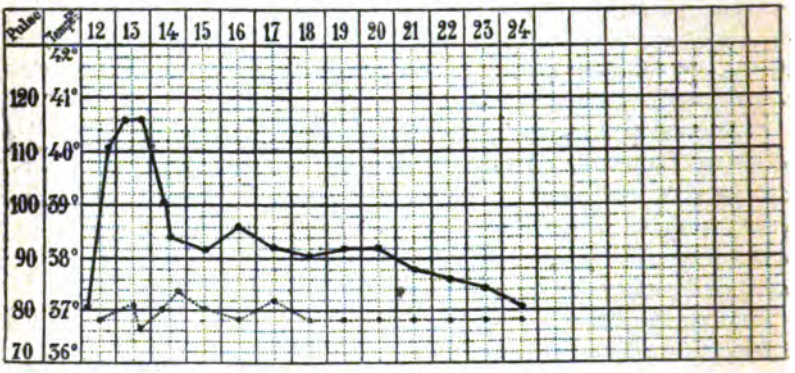


Fig. 2.ª

ferma) por el intestino en tal forma, que su extirpación resultaría más grave que su permanencia, por las lesiones que necesariamente habrían de sufrir los órganos y la reparación consiguiente de estas lesiones, y otras, porque por su pequeñez como granos de mijo, quistes que están todavía en evolución, escapan á nuestra investigación, ocultos entre el sinnúmero de repliegues de la serosa. Por lo demás, estas operaciones no suelen ofrecer grandes dificultades, lo mismo cuando los tumores están implantados entre las hojas del peritoneo y hay que abrir un ojal en él para enuclearlos, ojal que después es cuidadosamente suturado, que cuando, al igual del caso presente, casi todas las bolsas están pediculizadas á expensas de la serosa que las envuelve, resultando entonces mucho más fácil su extirpación, porque la porción de peritoneo que los reviste es sumamente fina y tenue, tanto, que macroscópicamente parece cubierta quística, con su color blanco mate, y sólo deslizando los dedos sobre su superficie se despega con gran facilidad, lo necesario para formar un pequeño pedículo.

(1) Presenté este caso en la Sociedad Ginecológica Española el 11 de Marzo último.

El mecanismo de esta siembra peritoneal se verificó indudablemente por vía venosa ó linfática, porque en su historia no refiere la enferma síntoma alguno de rotura de un quiste primario; cuando esto pasa, la caída del líquido dentro del peritoneo da lugar á peritonitis rápidamente mortales, ó á fenómenos de intoxicación acompañados de urticaria, vómitos, etc., análogos á los que tuvo la operada á las treinta horas de la operación.

La propagación directa, es decir, el embrión exacanto perforando el intestino con la corona de ganchos de que va provisto, es mecanismo que debe tener lugar el menor número de veces, pues desde el momento que el embrión, dentro de su huevo, es ingerido por vía digestiva, serían mucho más frecuentes los quistes hidatídicos peritoneales que los de otros órganos; y vemos que pasa lo contrario: el peritoneo, en orden de frecuencia, ocupa por lo menos el tercer lugar como asiento de estos tumores; el hígado, bazo, etc., son atacados por el equinococo mayor número de veces.

De modo que el mecanismo de producción más corriente es la migración de los embriones por vía venosa ó linfática, fijándose éstos, para los quistes peritoneales, en el tejido celular subperitoneal; allí se forman los quistes, creciendo hacia la cavidad, siempre recubiertos por peritoneo; aparecen aislados unos de otros, presentándose en cualquier punto de la serosa. Donde generalmente se amontonan, formando verdaderos racimos, es en el gran epiplón, que siempre hay que quitar por completo, porque se sitúan entre sus hojas como entre las mallas de una red surcada por vasos de bastante calibre, y sería obra de nunca acabar ir separando y ligando uno por uno todos los hilos de esa red, que, por otra parte, no podemos dejar sin ligadura, contentándonos con desprenderlos, pues la hemorragia á que darían lugar sería en cantidad suficiente para no pensar ni por un momento abandonarla en el vientre.

Para terminar este punto diré algo acerca del diagnóstico diferencial.

De los tumores con los que se han confundido los quistes hidatídicos, sólo un error considero fácil de cometer: cuando se trata de una ó dos bolsas de asiento pelviano primitivas y únicas (casos raros), son fácilmente confundibles con quistes del ovario, y en este sentido se han operado los contados casos que hay en la literatura médica; su situación puede ser idéntica, su consistencia al tacto, forma y datos anamnésicos, iguales.

En cambio, la confusión con fibromas múltiples del útero es muy difícil; los fibromas uterinos están más agrupados, unidos unos á otros, su consistencia es distinta, el útero es asiento de tumores, la movilidad menor; la histerometría nos da la medida de una matriz

bastante mayor que la normal y la historia de hemorragias que acompaña á estas enfermas son datos que, examinándolos con cuidado, nos evitarán seguramente caer en el error.

La diferencia con los papilomas ováricos también es grande, y más cuando, rota su cubierta, el proceso se ha difundido ya por el peritoneo; en las enfermas con papilomas, el estado general deja bastante que desear, contrastando con la salud floreciente que disfrutan las que padecen quistes hidatídicos; hay en su vientre líquido ascítico, á veces en gran cantidad, así que por palpación abdominal no se puede recoger ninguna impresión; las masas papilomatosas que se tactan por la vagina están fijas, no tienen ni la forma ni la superficie lisa de los sacos equinocócicos, y dan al tacto la sensación de los cánceres excrecentes del cuello.

En la peritonitis tuberculosa de forma seca pasa como en los papilomas ováricos, que el estado general de las enfermas es desastroso, traen en la cara el sello de su enfermedad; las tumoraciones en la peritonitis son masas en forma de plastrón, sin delimitación posible de sus contornos; al contrario de lo que ocurre en los quistes hidatídicos, cuyos límites se contornean perfectamente y están más superficiales. Otras varias diferencias podría señalar entre estos procesos, pero alargaría demasiado este trabajo, limitándome á señalar los más salientes y fáciles de comprobar.

Por último, con lo que considero imposible la confusión, extrañándome mucho verlo consignado en algunas obras, es con el útero en gestación y con la vejiga llena de orina. Sin duda cuando los medios de diagnóstico de que se disponía eran escasos y los procesos tumorales poco conocidos, alguien cometió error tan grosero, y la prueba es que los autores modernos que lo consignan lo hacen sólo como recuerdo histórico.

Enferma segunda.—A. R., natural de Crevillente. De treinta y siete años de edad. Casada. Bien constituída. Su padre murió de edad avanzada. La madre murió del cólera. Tiene cuatro hermanos, dos hembras, que gozan de buena salud. Ha padecido las enfermedades propias de la infancia.

Tuvo su primera menstruación á los trece años. Hasta los veintidós, que se casó, sus reglas fueron normales y duraban cuatro ó cinco días.

No ha tenido partos ni abortos.

Dos meses después de casada contrajo una enfermedad, de la que no da detalles apenas; sentía algún dolor en el bajo-vientre y adelgazó considerablemente. Al cabo de un año mejoró, pero sin encontrarse bien por completo, datando desde entonces sus molestias. En Marzo de 1907, después de unos días de malestar general,

fué acometida de un dolor muy agudo en el vientre (región hipogástrica), más acentuado hacia la fosa ilíaca derecha, y que se irradiaba á la región lumbar: vómitos, cefalalgia, temperaturas de 40° y edema en las piernas, teniendo que guardar cama bastante tiempo. Analizada la orina, encontraron albúmina en pequeña cantidad y elementos del riñón. Cedieron estos síntomas con tratamiento apropiado. A partir de entonces, tuvo siempre dolores al menstruar; las reglas duraban ocho días y eran muy abundantes. A los tres meses, y coincidiendo con un período menstrual, se repitió el cuadro de síntomas descrito anteriormente, faltando la albúmina y el edema de las extremidades inferiores; duró el ataque tres semanas y terminó por una abundante evacuación de pus por la vagina.

Durante este ataque comprobó su médico, el Dr. Pallarés, reconociendo por el fondo vaginal posterior y derecho una tumoración dura, difusa y dolorosa que ocupaba la fosa ilíaca correspondiente. En Octubre, un tercer ataque de la misma forma que los anteriores. En Diciembre, nueva agudización de gran intensidad. En este momento vi á la enferma en consulta, apreciando por tacto combinado un empastamiento duro, doloroso y desigual, debido á exudados inflamatorios que envolvían la trompa y ovario del lado derecho, y ocupaban el fondo de Douglas y la fosa ilíaca derecha, percibiéndose también por el vientre el plastrón inflamatorio que, por el centro del abdomen, llegaba cerca del ombligo. La matriz, en anteflexión forzada, fija por los exudados y rechazada hacia el lado izquierdo.

Con estos datos hice el siguiente diagnóstico: *Pelvicelulitis en estado agudo. Pio-salpinx derecho.*

Aconsejé la intervención, una vez pasado el período agudo. La enferma no se decidió á ser operada, porque con el tratamiento que se instituyó sobrevino un período de calma y mejoró.

En Enero del año actual (1908) volví á verla; había desaparecido la inflamación perianexial, no había fiebre y pude apreciar perfectamente el saco fluctuante que formaban los anexos derechos; no tenía dolores, y aunque el estado general con las repetidas agudizaciones no era muy satisfactorio, tampoco era malo. Me pareció, y así lo indiqué, que entonces era el momento oportuno para intervenir, añadiendo que seguramente habría que extirpar todo el aparato genital. Pasó otro mes, y en Febrero me anunciaron que después de un agudo dolor se vació por el recto gran cantidad de pus.

Como algunas veces dicen (yo no lo he visto) que estas evacuaciones de pus curan estos procesos, aconsejé esperar; pero el pus salía en pequeñas cantidades, y en Marzo último la reconocí nuevamente, porque la enferma se quejaba de fuertes dolores, encontrán-

dolo todo en el mismo estado que la última vez. El tumor tenía el mismo tamaño, á pesar de seguir la salida de pus por el recto, no había síntoma ninguno de nueva agudización; sólo los dolores, como he dicho, molestaban tanto á la enferma, que esta vez pedía ser operada en seguida.

El día 18 de Marzo se le inyectaron 40 c. c. de nucleinato de sosa, y previas las preparaciones necesarias en toda laparotomía, procedí á la operación al día siguiente, 19, de la siguiente manera:

Laparotomía media, con incisión larga que sobrepasaba el ombligo. Adherencias del epiplón sobre la cubierta del pio-salpinx y al peritoneo vesical; se despegó el epiplón, seccionando las adherencias entre ligaduras. Asas de intestino delgado adherían al fondo del útero y al tumor; fueron liberadas con gran cuidado y sin herirlas, á pesar de que en algunos puntos la unión era bastante íntima. Puesto al descubierto el útero y parte de los anexos, encontré que la lesión era doble; en el lado izquierdo había otro pio-salpinx del tamaño de una naranja grande; el del lado derecho era de gran volumen, llegando hasta cerca del ombligo, pues como rechazaba la matriz sobre la fosa ilíaca izquierda, ocupaba casi el centro de la pelvis. Prendí el fondo del útero, que estaba englobado entre ambos tumores, con pinzas fuertes, y procedí á desprender el saco purulento del lado derecho de sus adherencias; todavía tuve que liberar otra asa intestinal, y empecé á desprenderle del suelo pelviano, una vez que, liberados los intestinos, los protegí con compresas y los rechacé hacia el diafragma. Al llegar despegando sobre la fístula rectal, se vació una gran cantidad de pus fétido y cremoso; no quise seguir el despegamiento en este sentido por no agrandar la abertura del intestino, y como había que extirpar útero y anexos, continué del modo siguiente: liberé el pio-salpinx izquierdo de sus adherencias con el colon pelviano y hoja posterior del ligamento; esto se hizo con facilidad, pues como de formación más reciente, las adherencias eran laxas. Libre ya el anejo izquierdo y rechazado el útero hacia atrás, incindí el repliegue vésico-uterino, colocando pinzas á la altura de los ligamentos redondos, y rechacé la vejiga todo lo más abajo posible; por el lado derecho un trozo de la pared vesical estaba sinfisiado con el tumor; lo despegué incindiendo con tijera y dejando una pequeña parte de cubierta tumoral adosada á la vejiga. En seguida cogí con una pinza la uterina izquierda que estaba á la vista y perforé la vagina por su parte anterior. Sujeto el cuello con pinza de ganchos por su labio posterior, y levantado hacia arriba, despegué de abajo arriba la cara posterior del útero del tabique rectal, poniendo especial cuidado al llegar á la abertura del intestino recto. Acabé de aislar el cuello por el lado izquierdo de la in-

serción vaginal, y luego separé por desgarro el ligamento, colocando en su parte externa una pinza, quedando con esto por dicho lado separado el útero y el pio-salpinx izquierdo. Rechazada toda la pieza sobre el lado derecho, aislé por este lado el cuello de la vagina; cogí con una pinza la uterina correspondiente, y concluyendo de despegar el tumor del suelo pelviano y de la hoja posterior del ligamento, siempre de abajo arriba, terminé la operación como en el lado opuesto, extrayendo todo el aparato genital en una pieza.

Se sustituyeron las pinzas por ligaduras, se ligaron y cortaron colgajos membranosos procedentes de las adherencias, y procedimos á suturar la fístula rectal, que tenía el tamaño de una moneda de cinco céntimos, y que estaba situada al nivel de la abertura vaginal. Se hizo sutura en dos planos, muco-mucosa y sero-serosa, y para mayor refuerzo cubrí esta sutura con un colgajo del peritoneo posterior, que suturé al meso-recto. Con tres puntos se unió el peritoneo vesical á la pared anterior vaginal, pasé un tubo de drenaje envuelto en gasa á la vagina, y peritonicé por detrás de la sutura de la fístula rectal, habiendo antes hecho un abundante lavado del vientre con suero.

Cerré la herida abdominal como en el caso anterior. La operación duró cinco cuartos de hora. La enferma, á quien durante la última parte de la intervención hubo que inyectar suero, quedó muy deprimida. (Véanse en las figs. 3.ª y 4.ª la marcha del pulso y temperatu-

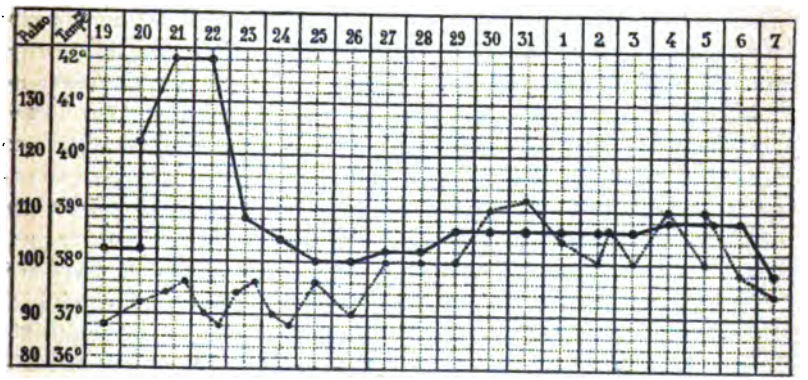


Fig. 3.ª

ra). Desde el primer momento se le inyectaban cada cinco horas 500 gramos de suero con cafeína, continuando así en los días sucesivos, y cada veinticuatro horas 40 c. c. de solución de nucleinato de sosa. El día 20 hay tensión en el pulso, pero está muy frecuente; tiene

náuseas, sin llegar á vomitar; vientre normal; exudación sero-sanguinolenta por el drenaje. El 21, por la mañana, un vómito único acafetado; el pulso más deprimido y más frecuente; respiración normal. Sigue el estado nauseoso, y se hace un lavado de estómago. Se quita el drenaje y se colocan dos tubos, unidos en forma de cañones de escopeta, uno con orificios y otro no, inyectando por éste suero. Aunque por la noche expulsa gases espontáneamente, y el vientre no está más que ligeramente balonado, la respiración, que se había

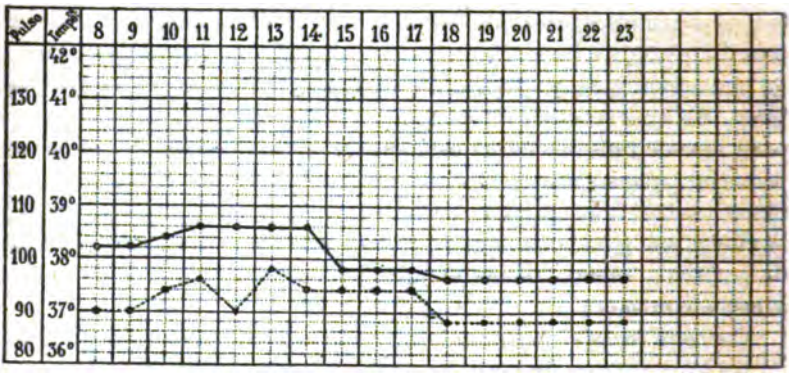


FIG. 4.ª

conservado normal, se hace entrecortada y suspirosa; la infección séptica es indudable. El 22, por la mañana, el pulso más deprimido; hay taquicardia, y late 140 veces por minuto. Colocada la enferma en posición obstétrica, quité los tubos; por la vagina, y sirviéndome el dedo de guía, llego á la sutura peritoneal, paso una pinza cerrada, de ramas finas, entre dos puntos, penetró en la cavidad, y abriendo la pinza, hago saltar una pequeña parte de la sutura, saliendo exudados en bastante cantidad; coloco los tubos en la misma forma que el día anterior, pero dentro del vientre, y hago un lavado con cuatro litros de suero fisiológico. La enferma, desde entonces, empezó á mejorar, como se ve por la curva de la fig. 3.ª Sin embargo, el lavado se siguió haciendo cada veinticuatro horas, hasta el día 25, que se suprimió al mismo tiempo que las inyecciones de suero y de nucleinato de sosa.

Como complicaciones post-operatorias, además de la descrita, padeció las siguientes: á los seis días empezó á notar salida involuntaria de orina por la vagina (indudablemente se esfaceló el trozo de pared vesical adherido al tumor); la fistuleta estaba casi cerrada espontáneamente al mes y medio de operada, pues orinaba á voluntad, y sólo de noche se escapaba durante el sueño algo de orina. A

los doce días ascendió la temperatura: tenía escalofríos repetidos y dolor en el centro del vientre. A los quince quité los puntos de la sutura de hilo de plata, y la herida estaba cicatrizada; pero en su parte inferior se notaba la presencia de un flemón, que desbridé el día 5 de Abril, dando salida á orina descompuesta y bastante cantidad de pus. Se drenó convenientemente y curó, siendo dada de alta en los últimos días del mes de Abril.

Si me he detenido á detallar el acto operatorio, en el que no hay nada de nuevo, ha sido sólo porque pretendo sacar de este caso algunas consecuencias clínicas, y he creído necesaria por eso su descripción.

Casos como éste de supuraciones anexiales ofrecen mucha enseñanza.

Desde luego diré que nunca se debe, al peritonizar, cerrar por completo la serosa cuando ha caído pus en el vientre; y si en este caso lo hice así, fué por dejar la fístula rectal aislada de la cavidad, peritonizando por detrás de ella, á expensas del meso, y aunque en este caso cicatrizó, sabemos que las suturas intestinales hechas en estas condiciones son de difícil cicatrización.

Con las supuraciones anexiales no se debe contemporizar ni perder el tiempo empleando tratamientos médicos; esto sólo da lugar á que se repitan los ataques de perianexitis, y á encontrar las cosas en peores condiciones para la operación cuanto más tiempo se deja pasar. Las lesiones, que al principio pueden ser unilaterales, si, como he dicho antes, reconocen por causa el estreptococo, se hacen dobles, y aunque sean bilaterales desde el primer momento, si son de causa gonocócica, las lesiones en uno de los lados no están tan avanzadas y la intervención resulta más fácil. El peligro de la infección también es mayor en los casos inveterados, no sólo por las perforaciones que ponen en comunicación estos sacos purulentos con los órganos pelvianos (con el recto en la enferma segunda), sino porque estos pio-salpinx de fecha antigua, en que ha habido agudizaciones peri-salpingianas repetidas, contraen adherencias tan firmes, sobre todo con el fondo de Douglas, donde se pegan á manera de ventosa, que, al desprenderlos de este punto, se rompen, inundando de pus la serosa; y si algunas veces tenemos la suerte de que el pus sea estéril, por los motivos de todos conocidos, otras no sucede así, dando lugar á infecciones como la sufrida por nuestra enferma, y que casi siempre arrebatan la vida de las operadas.

Respecto á hacer cirugía conservadora en los procesos supurados de los anexos, lo creo completamente inútil, por muy á tiempo que se intervenga.

Todos los casos que recuerdo, y podría citar algunos de pio-sal-

pinx unilateral, siempre ofrecían en el lado opuesto, aun sin haber pus todavía, ni aumento de volumen, ni deformidades en la trompa, adherencias membranosas, que envolvían y fijaban la trompa y el ovario á la hoja posterior del ligamento; prueba de que había ya una peri-salpingitis. En nuestras primeras operaciones nos contentábamos con extirpar los anejos supurados y dejar libres los del lado opuesto, rompiendo las adherencias. Pues bien: al cabo de poco tiempo han vuelto las enfermas á nuestras consultas con la lesión reproducida en los anejos que habíamos creído poco interesados. Esto ha pasado siempre en las supuraciones gonocócicas; así que, cuando la gonococia se pueda comprobar, no pensemos ni por un momento en operaciones conservadoras.

Cuando ambas trompas estén supuradas, ¿qué conducta seguir? Entonces no debemos contentarnos con practicar la salpingo-oforectomía doble, sino que se debe extirpar también el útero.

En primer lugar, considero muy raro que en una lesión de esta naturaleza la matriz se conserve sana, y que sólo haya servido de paso al gonococo (en las estreptocócicas es posible), y, por lo tanto, nos exponemos á dejar un órgano, no sólo inútil, sino perjudicial, causa de molestias para las pacientes, algunas veces tan acentuadas, que han obligado á hacer una histerectomia algún tiempo despues de la castración. Otras veces, si los trastornos no son suficientes para exigir la histerectomía, son, sin embargo, bastante molestos para que las enfermas vean defraudadas sus esperanzas, puesto que la idea que obliga á una mujer á correr los riesgos de una operación es encontrarse después radicalmente curada.

En segundo lugar, en las pio-salpingitis de fecha antigua, en que, como antes decía, los ataques de peri-anexitis y pelvi-celulitis se han repetido y, por consiguiente, han contraído multitud de fuertes adherencias que, al ser destruídas, hacen casi inevitable la rotura de su cubierta, quitando el útero se puede dejar por la vagina un drenaje amplio y eficaz, incomparablemente mejor en estos casos que el drenaje abdominal. A nosotros nos ha dado tan buenos resultados, que lo empleamos sistemáticamente.

El drenaje abdominal da lugar á mayor número de adherencias intestinales, que luego son causa de agudos dolores y de trastornos digestivos de importancia; además, el desagüe de exudados está más dificultado, y por último, tardan más tiempo en cerrarse los trayectos, pues cuando hay supuración son tan rebeldes, que obligan á veces á intervenir por segunda vez para conseguir su curación.

En cambio, por la amplia herida vaginal el desagüe es perfecto; si no ha habido grandes superficies de enucleación y no hay exudados, se frunce y cierra la herida vaginal en pocos días, y si el exu-

dado es purulento, se agota rápidamente, y aun en los casos más rebeldes, no se retarda su curación más de treinta días.

Para casos como el presentado, en que el útero está englobado entre los anexos y en que las adherencias posteriores son numerosas, se recomienda la hemisección del útero, ideada por Faure para extirpar ambas mitades por separado. Con este procedimiento creo se suma un peligro más de infección á los existentes. Desde el momento que en lesiones dobles supuradas los extremos abdominal y uterino de las trompas están obstruídos, el útero y los anejos son cavidades independientes. Sabemos que en más de un 50 por 100 de los casos el pus de las trompas es estéril; por eso muchas veces no pasa nada aunque se vierta en el vientre, pero podemos no tener la misma suerte con los microbios que residan en la cavidad uterina, y al abrirla difundiremos una infección, con las maniobras que es necesario hacer en las dos mitades del útero para terminar la operación.

Además, no creo necesario recurrir á dicho procedimiento. El caso objeto de este trabajo era uno de los indicados para practicar el Faure, y lo mismo en él que en otros que podría presentar, se ha conseguido quitar útero y anejos sin recurrir á despedazamientos, que, además de los peligros que dejo apuntados, no facilitan nada la intervención; al contrario, la dificultan al faltar el punto de apoyo que ofrece el cuerpo uterino al dedo que por su cara posterior va desprendiendo las adherencias; atacando el útero por delante, después de liberadas las adherencias altas, y haciendo el despegamiento de abajo arriba en la forma que he indicado al describir el acto operatorio, se consigue siempre desprender, con más facilidad que haciendo hemisección, el cuerpo del útero y las bolsas purulentas del peritoneo pelviano y hoja posterior de los ligamentos.

Otro punto interesante es el rápido y eficaz resultado que contra la infección se obtuvo con los grandes lavados de la cavidad abdominal (véase la curva del pulso desde el primer lavado), dado lo poco que estas infecciones responden á todo tratamiento; verdad es que en estas enfermas hay que contar con la resistencia que tienen para la infección, desde el momento que en las varias agudizaciones que han sufrido en el tiempo que han venido soportando su enfermedad, el organismo ha ido acumulando defensas y la infección no le sorprende inerme y no se deja vencer con tanta facilidad.

Algunas veces se ha querido resolver estas supuraciones anexiales haciendo la colpotomía posterior, por considerar los casos inoperables; habrá intervenciones muy laboriosas y difíciles, pero inoperables ninguna.

El tratar de curar con la colpotomía estas afecciones, es pedir á la operación lo que no puede dar. La colpotomía tiene su indicación

en las colecciones debidas á pelvi-celulitis, y en otros procesos que no es del caso referir ahora; pero en anexitis supuradas sólo podrá servir como compás de espera para la intervención radical; por ejemplo: en una agudización en que los síntomas de infección adquieran tal gravedad que amenacen la vida de la enferma, cosa rara, pues por mucho que sea el aparato con que se presenten estas agudizaciones, ceden generalmente con reposo y tratamiento adecuado. En una palabra: dicha operación no es de despreciar para casos en los que es preciso esperar que la paciente se ponga en condiciones de soportar una intervención más grave, ó cuando su estado general es tan malo que no permita hacer otra cosa. ¿Qué se adelanta operando por colpotomía estas colecciones? Dejar una fístula supurante vaginal con todas sus consecuencias. Por la herida de la vagina nos es posible lograr un desagüe eficaz; la trompa se ha doblado para venir á colocarse en el fondo de Douglas, por detrás del útero; á veces tiene varias acodaduras; así que sólo se consigue drenar una porción de la trompa, la inferior; el resto de la cavidad pio-salpingítica no se vacía; tan es así, que en nuestra enferma y en otras que hemos tenido, el pus se evacuaba por el recto, y á pesar de eso, las trompas estaban llenas de pus en gran cantidad.

Muchos pio-salpinx, que figuran curados por colpotomía, eran seguramente pelvi-celulitis supuradas.

Para terminar: la colpotomía sólo puede admitirse en concepto de paliativa ó preliminar, nunca como curativa de estos procesos anexiales.

La simple punción desde la vagina y la salpingostomía creo que ya nadie las practique.

31 Mayo 1908.

SECCIÓN CIENTÍFICA ORIGINAL

OSTEOFITOS EPIFISARIOS

LESIONES QUE DETERMINAN SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (1)

POR EL DR. DECREF

Médico-director del Instituto de Ortopedia, Fisioterapia y Radiografía.

Desde que la radiografía se descubrió, son innumerables los servicios que en materia de diagnóstico nos ha prestado.

De uno muy importante he de ocuparme hoy, que ofrece gran interés por la novedad y por las sorpresas que suele causar á los que no están familiarizados con este poderoso medio auxiliar, al cual se debe la explicación de una porción de hechos y el conocimiento de otra gran cantidad de lesiones, especialmente del esqueleto.

En 1900 participaba Plettner que había observado exóstoses en el talón, en forma de ganchos, y que en algunos casos habían producido molestias, que había hecho desaparecer extirpándolos.

En 1906 empezaron á publicarse casos de lesiones, que habían pasado desapercibidas y confundidas como síntoma de otras enfermedades. Me refiero á la formación de osteofitos en las epífisis de los huesos.

Schlatter publicó casos de osteofitos de la epífisis superior de la tibia, por el estilo del que yo hoy tendré la honra de exponer.

También había examinado estos osteofitos en el codo, y Stieda cuenta dos casos de este género.

Ultimamente, Hanglund, docente en Stokolmo, y el Dr. Chrysospathes, de Atenas, han publicado una serie de casos de osteofitos de la epifisis del calcáneo, bajo el nombre de *Espuelas*, y que consisten en el desarrollo de un exóstose, bien en la parte inferior ó en la superior de la epífisis del calcáneo.

Esta deformidad, cuando crece hacia abajo en forma de aguda estalactita y se incrusta en los tejidos blandos del talón, produce vivos dolores durante la marcha ó sencillamente al apoyar dicho talón en el suelo, y otras, su punta, al crecer, se dobla y pasa desapercibida, pues no contunde las partes blandas; pero por un golpe, por un pequeño salto, puede fracturarse y determinar dolores

(1) Memoria presentada al segundo Congreso español de Cirugía, celebrado en Madrid. Mayo de 1908.

agudos, que, como se comprenderá, en ambos casos hace formar juicios erróneos de diagnóstico, que han persistido durante mucho tiempo, hasta que la radiografía ha dado con la causa.

Esta causa de anomalías en los huesos puede ser varia. Las más frecuentes y más graves se presentan, en individuos que han pasado de los cuarenta años, por un mecanismo parecido al de los exóstoses de los reumatismos deformantes articulares, los traumáticos que pueden presentarse en cualquiera edad, y de los cuales me ocupé extensamente en una Memoria presentada á la Real Academia de Medicina, sobre «Roturas fibrilares», el curso de 1904 á 1905, y los que determina la predisposición especial de las epífisis en el período de crecimiento, y que, como es natural, se presentan en la niñez y la juventud.

En todos ellos tiene una acción importante la influencia de ligamentos, músculos y tendones, no tan sólo como excitadores de los tejidos que producen esas modificaciones, sino como modificadores de su forma.

Al grupo primero pertenecen, como ya he dicho, esas proliferaciones de tejido óseo, determinadas por diátesis especiales, como el reumatismo articular deformante, la gonococia y la sífilis.

De los más frecuentes y más ignorados son los que, por desarrollarse en los bordes de la epífisis del calcáneo, han tomado el nombre de espuela (fig. 1.ª).

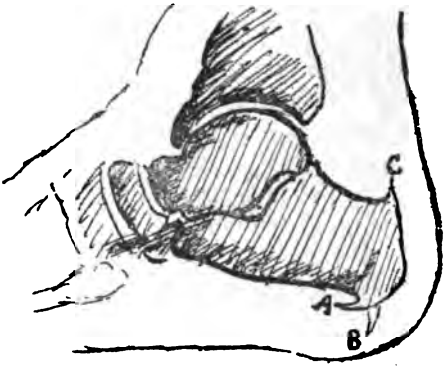


Fig. 1.ª

En el tomo XVIII de la *Revista de Cirugía Ortopédica alemana,* dirigida por el inolvidable Hoffa, muerto recientemente, y Joachimsthal, publica Haglund y Chrysospathes casos suyos y de Ebbinghaus, en los cuales la espuela no era dolorosa, y que por un traumatismo, que originó su fractura, los dolores se presentaron.

Uno de estos enfermos nada había notado hasta que dió un salto

de un metro de altura, cayendo sobre el talón, que tenía espuela calcánea. La forma de ésta se representa en la figura 1.ª, por el exóstose A, y aunque su extremidad libre tenía forma de pico, su dirección, al crecer, había sido guiada por la dirección de la aponeurosis y músculos que se insertan en ese sitio en el calcáneo, lo que explica el por qué su punta no determinó hasta su fractura molestia alguna.

No ocurre lo mismo con la forma B, pues creciendo hacia abajo la punta del exóstose, llega un momento en que empieza á producir lesión en los tejidos blandos, que producen dolores intolerables á veces. Se comprenderá fácilmente que esta lesión puede confundirse con reumatismos, máxime cuando recae casi siempre en individuos artríticos y gonocócicos, y la importancia que tiene conocer su origen para que las molestias desaparezcan con un sencillo tratamiento, como luego veremos.

También las espuelas de la parte superior de la epífisis pueden determinar lesiones más ó menos molestas (C), por roces y contusiones que producen inflamaciones tendinosas.

Stieda da como causa cierta de estas deformidades la gravitación, como ocurre en el genu-valgum, coxavara, etc., etc., y aun en la escoliosis misma, y que han sido atribuídas antes á enfermedades generales, cuando en realidad no son más que lesiones locales, debidas á la evolución que sufren las epífisis en el período de crecimiento, y quién sabe, añado, «si otra porción de lesiones propias del período de crecimiento, como son las vegetaciones adenoídeas, hipertrofia de las amígdalas, hiperplasias de los ganglios linfáticos del cuello, y aun las mismas bóvedas palatinas ojivales, dependan de las mismas causas que no están bien estudiadas».

Todo puede suceder, por la anormal blandura de las epífisis influídas por las normales funciones de ligamentos y músculos.

Yo he visto un caso de una niña de nueve años, hija de una familia distinguida, con un desarrollo óseo impropio de su edad y algo obesa (y este es un dato muy importante, pues son niños en estas condiciones los más propensos), que había sido tratada como coxálgica, sin motivo alguno, y como reumática, después, sin éxito ninguno naturalmente.

Esta niña evitaba en absoluto apoyar el talón en el suelo cuando andaba, produciendo esta actitud la atrofia del miembro afecto, y su cojera especial un aspecto muy fácil de confundir.

Explorada la enferma por mí, no encontré absolutamente nada sospechoso en ninguna articulación, y únicamente en el talón derecho presentaba un punto doloroso á la presión, el mismo que la impedía apoyar el talón y hacer flexión forzada del pie.

Si se obligaba á la enfermita á apoyarse, lo hacía aun á pesar del dolor, pues éste era lo suficientemente falto de intensidad para poderlo soportar unos momentos.

FIG. 2.ª

Sospechando fuera algo de cartílago epifisario, hice las radiografías de los dos talones, que son las que presento, y encontré en el de la pierna sana (fig. 2.ª) perfectamente osificada la epífisis

FIG. 3.ª

del calcáneo y en estado normal, dada su edad; pero no así el calcáneo de la pierna afecta, ó sea la derecha (fig. 3.ª), donde se podrá observar que la epífisis no está soldada seguramente por exis-

tir una condritis. Obsérvese la terminación en punta afilada de la parte superior de la epífisis, y dígaseme si no parece esto la evolución de una espuela guiada por los tirones del tendón de Aquiles. Claro es que los dolores en este caso, aunque molestos, poco intensos, se explican claramente por la condritis existente; pero también se ve claramente la posible formación de la espuela naciente por la misma causa, y que si esta espuela llegara á desarrollarse, dada su dirección, no sería dolorosa. ¿Pero se puede asegurar lo mismo si en este caso la espuela se formara de manera que una fuerte contracción de los gemelos determinara su fractura?

También puede ocurrir que una espuela calcánea, inofensiva hasta el momento de la fractura, sea bien diagnosticada y tratada, y sin embargo, su consolidación viciosa, al cambiarla de posición, la convierta en contusiva y molesta.

Pero el caso que á continuación voy á exponer es mucho más demostrativo, y además convence de cómo estos exóstoses estalactíticos se producen durante el período de crecimiento.

Se trata de un muchacho de catorce años, también con un desarrollo óseo grande para su edad; es corpulento y algo obeso. Su padre, artrítico, murió á los cuarenta y dos años, después de haber padecido mucho reumatismo, de una endocarditis reumática. Hace tres años que, sin causa que lo justificara, le aparecieron dolores agudos en el punto más alto de la epífisis superior de las tibias, y una inflamación limitada á la extremidad inferior de los tendones rotulianos. Sin que esto tuviera caracteres típicos que lo justificara, pues tanto la inflamación como el dolor eran muy limitados, sin duda por sus antecedentes, se inclinaron á diagnosticar la lesión de artritis reumática. Se resistió á toda clase de tratamientos, incluso aguas minerales, que ha tomado de varias clases. Cansado de todo esto, y viendo que el menor contacto en ese punto se le hacía muy doloroso, y le impedía, no sólo hacer esfuerzos como el de jugar á la pelota, á que es aficionado, sino sencillamente ponerse de rodillas, vinieron á consultarme. Examiné el enfermo, y por los síntomas antes expuestos, más la observación atenta del sitio y la limitación del dolor que se producía también al hacer la flexión forzada de la rodilla, sospeché que existía un osteofito de la epífisis de la tibia que molestaba al tendón rotuliano. Hice la radiografía, y me encontré con lo siguiente (fig. 4.ª): en ambas piernas, y del borde inferior del mismo cartílago epifisario, nace un exóstose, que, en forma de gancho, baja hasta la tuberosidad anterior de la tibia, la cual presenta también una forma estalactítica, cuya punta vuelve hacia arriba. Se ve perfectamente en las radiografías, asimismo, que el tendón rotuliano, al llegar á este sitio, se ensancha anormalmente,

y que en su espesor existe, en la pierna izquierda, un trocito de hueso, que se ve es desprendido de la estalactita. En las mismas condiciones existen en la pierna derecha otros dos trocitos de hueso. El juicio que yo he formado de esta lesión es el de que, por una peri-

Fig. 4.ª

condritis de crecimiento, se ha determinado el crecimiento de este osteofito, que ha sido guiado por el tendón rotuliano hacia abajo, pues en esa dirección empezó á crecer. Las tracciones repetidas de este poderoso tendón han determinado la separación del osteofito del cuerpo de la tibia, y alguna tracción más fuerte ha logrado que algunas fibras tendinosas, que lograron insertarse en él, hayan desprendido esos trozos pequeños.

Se comprenderá fácilmente ahora la explicación de los síntomas que acusa este enfermo y los errores de diagnóstico cometidos.

Como demostración de que los ligamentos y tendones tienen en la forma de estos osteofitos una acción muy directa, presento este radiograma (fig. 5.ª), que es un exóstose de la epífisis del peroné de un hombre de treinta y tantos años. Este señor notó, cuando era niño, un abultamiento en esa región que no le molestó jamás, y padeciendo últimamente una neurastenia y queriendo encontrar una causa de su enfermedad, me hizo que lo viera yo, pues creia que aquel tumor que él había notado en su pierna desde chico, aunque jamás le había molestado, pudiera dar origen á tanto malestar, y vean lo que encontramos. Como aquí el músculo peroneo lateral

largo se inserta en la tuberosidad externa de la tibia y cara externa del peroné, el músculo peroneo lateral corto se inserta en la cara externa del mismo hueso y la inserción del flexor largo del dedo gordo, aunque en la parte posterior del peroné tiene puntos fuertes de inserción en la membrana interósea y deja libre el sitio de unión de la epifisis y la diáfisis, el exóstose ha podido tomar la forma redonda de una neoplasia cualquiera, y su forma no ha podido ser modificada por ninguno de esos órganos, pues aparte de que los músculos que hacia abajo parten son los más débiles de la pierna, el que se dirige hacia arriba, el biceps femoral, se inserta por encima del sitio de salida del exóstose y queda espacio libre para su desarrollo.

Fig. 5.ª

Existen también estas proliferaciones de tejido óseo epifisario durante el período de crecimiento por causa traumática; así Stieda tiene dos casos de codo, uno en un chico de trece años, á consecuencia de una caída del caballo, y otro en uno de diez y ocho, por hacer uso excesivo del manejo de pala no estando habituado, y, como yo, explica su aparición por irritaciones del pericondrio.

Estas lesiones de los cartílagos articulares son también origen de un sin fin de deformidades, como, por ejemplo, la formación del pie plano, que por exceso de ejercicio, por el mucho tiempo que algunos jóvenes necesitan estar de pie y quizás por traumatismos, muchas veces no violentos, sino pequeños y repetidos, dan origen al aplanamiento de la bóveda del pie, cuyas consecuencias todos conocemos.

Así también existe una deformidad, llamada de Madelung, que consiste en el desigual crecimiento del radio y cúbito por lesión del

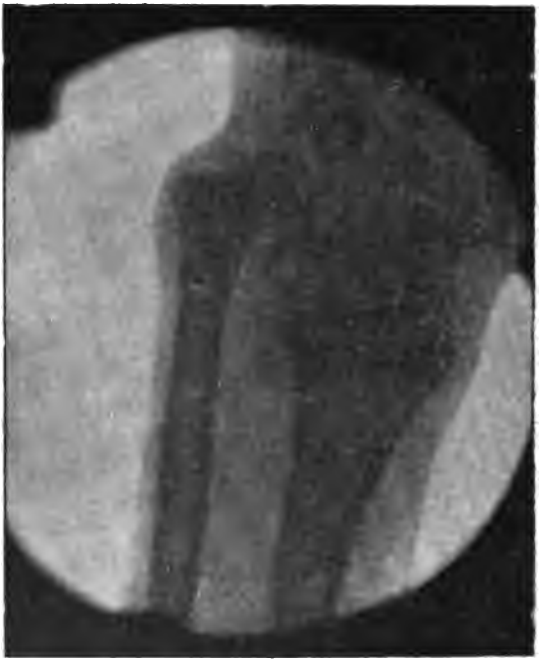


FIG. 6.ª

cartílago epifisario del radio casi siempre, y que determina una subluxación del carpo, parecida á las que originan las fracturas de Colles. En la figura 6.ª podrán ver un caso de este género. Se trata de un muchacho de diez y seis años, que ya á esta edad ha alcanzado la estatura de un hombre alto. Cuando tenía diez, dice que sufrió un golpe en la mano derecha, no recuerda cómo, pero sí que no fué ni muy molesto ni de duración. Poco á poco ha ido notando que su muñeca se deformaba, y vean en la radiografía que presento su estado actual. Se ve que la epifisis inferior del radio está soldada en

malas condiciones, pues ha habido como un resbalamiento de la epífisis sobre la diáfisis; el cartílago ha desaparecido, que en este sitio es de un grosor notable, y para mejor comparar, fíjese la atención en que subsiste el cartílago de la extremidad inferior del cúbito, que desaparece de los diez y seis á los diez y siete años, y que aquí, á pesar de tener el enfermo los diez y seis, no tiene trazas de desaparecer, lo que prueba que la osificación en este sujeto está retrasada, como ocurre en estos jóvenes que alcanzan un desarrollo exagerado del esqueleto, y, sin embargo, el de la epífisis del radio ha desaparecido, y como es natural, se ha suspendido el crecimiento de este hueso y se ha soldado prematuramente, pues esta epífisis tiene su época de soldadura entre los diez y nueve y los veintitrés años.

Resulta que éste es un sujeto, cuya época de soldadura de epífisis está atrasada, y cuya soldadura de la extremidad inferior de radio se ha apresurado por una lesión del cartílago epifisario y detenido el crecimiento del hueso, y de aquí el origen de la deformidad de Madelung que padece con los trastornos consiguientes. Este enfermo, cuyo peso es excesivo por el desarrollo exagerado de su esqueleto, padece además pie plano valgus en los dos pies, más acentuado en el derecho, pues la resistencia de sus huesos no corresponde al peso soportado, y prueba evídente de la acción que la gravitación tiene en estos casos, que el pie plano es más exagerado en el derecho, efecto de que todo esfuerzo lo hace con la mano izquierda, pues la derecha no puede hacerlos á causa de su deformidad, y, como es natural, busca su mayor apoyo en el pie derecho.

H. Sehr, al hablar de los osteofitos epifisarios en períodos de crecimiento que se pueden desarrollar en el calcáneo, y en vista de la frecuencia con que coinciden con los pies planos, opina si podrá suceder que preceda esta deformidad á la de la espuela, pudiendo ser ésta causada por la tirantez que ocasionan en las inserciones los músculos, tendones y aponeurosis consecutivos al esfuerzo anormal que supone el cambio de mecánica.

Esta opinión, si no tiene gran base, por lo poco que se han observado aún casos de este género hasta hoy, sí la tiene por lo que se refiere á la causa común de estas dos lesiones y á su fisiología patológica. La figura 7.ª es una radiografía de un sujeto de veintidós años que ha padecido artritis blenorrágica, y que en vista de la persistencia de los dolores en el talón, aun después de estar curado de todas sus lesiones, encontramos en los talones una espuela horizontal en formación por irritación perióstica.

Todos estos hechos me inclinan á que haga ciertas consideraciones que creo de gran importancia.

En primer lugar, es indudable que la exploración radiográfica debe preceder al juicio que se forme ante un gran número de afecciones articulares, y muy especialmente en los enfermos que padecen una infección gonocócica ó sifilítica y aun reumática, pues la variedad llamada articular deformante es predispuesta á esta clase de lesiones, muchas de ellas origen de cuerpos extraños articulares. También las lesiones traumáticas de las articulaciones, por leves que parezcan, deben ser objeto de un detenido estudio, y quiero recordar lo que en mi Memoria sobre «Roturas fibrilares» decía yo el año 1905, que cuando el desgarro es tendinoso ó de fibras que se insertan muy cerca de los huesos y comprende trozos de periostio, se ve-

Fig. 7.ª

rifica un fenómeno que es de mucho interés, porque puede complicar estas lesiones con grave exposición de las funciones de la palanca. Me refería á la formación de osteomas. Estos son verdaderos huesos cubiertos por una cápsula perióstica. Se forman tardíamente, y son muy frecuentes en las luxaciones antiguas, sobre todo en las del codo. Los detalles sobre este asunto vienen tratados en dicha Memoria con la extensión necesaria, y no quiero alargar esta comunicación más de lo indispensable, pero ya hacía resaltar, al tratar del pronóstico de esas lesiones, lo aventurado que resultaba en muchos casos dar poca importancia á esos hechos y prometer curaciones rápidas y seguras.

Más aventurado es aún dar poca importancia á contusiones articulares que han recaído en niños ó jóvenes que se encuentran en pleno período de crecimiento.

Sin necesidad de que exista el traumatismo directo, con sólo que el esfuerzo muscular sea exagerado, es muy suficiente para determinar condritis, pericondritis y hasta verdaderos desprendimientos

de pericondrio y cartílago, que luego pueden dar lugar, en un muchacho predispuesto, á estos osteofitos, y que traen locos muchas veces á los médicos con objeto de averiguar la causa de una porción de trastornos.

Al llegar á este punto, no puedo por menos de protestar contra esa mala costumbre que existe en la educación moderna de la juventud española, de introducir una porción de juegos atléticos ingleses, y que son una de las principales causas de estas lesiones. En el esqueleto que se encuentra en vías de desarrollo, un ejercicio suave y apropiado á la edad es un estímulo; pero los que requieren un esfuerzo muscular exagerado son un elemento de destrucción, y los médicos estamos obligados á propagar su descrédito.

Por los datos de los demás autores y por los míos, se verá que esos muchachos corpulentos, algo obesos, y que la gente acostumbra á llamar desarrolladotes, son los más predispuestos, sin duda porque el esfuerzo de la naturaleza es en ellos mayor para atender á esa exuberancia ósea.

Tampoco se fijan en que el tipo fuerte de nuestra raza no lo debemos buscar en la raza anglosajona que, á pesar de su fama de fuerte, porque nos presente hombres musculosos de gran estatura y gruesas epífisis, no ha evitado que á una de las enfermedades más terribles de los primeros años de la vida, el raquitismo, por ser de su patrimonio, le haya dado su nombre, pues todos sabéis que se llama enfermedad inglesa. Á mi juicio, el tipo fuerte de nuestra raza meridional está en la raza árabe de mediana estatura, enjuta de cuerpo y finas epífisis, y si la resultante de estas contexturas anatómicas hace que las razas del Norte sean pesadas y fuertes, y las meridionales resistentes y ágiles, no se debe contrariar á la naturaleza, y la educación física á esas resultantes normales debe dirigirse, pues de lo contrario, sólo contribuirá á la degeneración del individuo y de la raza

Esta es la razón del por qué, si recordáis los grandes artistas de circo, observaréis que los más ágiles y fuertes saltadores eran siempre africanos, y entre los europeos, italianos, españoles y portugueses; en cambio, los más fuertes atletas eran ingleses, alemanes ó rusos.

De todas maneras, el atletismo en la juventud es peligroso, porque el aparato locomotor está en vías de desarrollo, y su trastorno puede originar lesiones que hay que tener muy en cuenta.

La edad en que las epífisis se sueldan á las diáfisis, es un dato de suma importancia para el diagnóstico de las lesiones que nos ocupan; y aunque puede variar, según los sujetos y circunstancias que en él puedan influir, pues existen casos como el publicado por

Neffelmann, el cual á los veintiséis años aún no las tenía soldadas, en individuos sanos y en buenas condiciones no ocurre esto.

Tanto en el miembro superior como en el inferior, las epífisis llamadas *fértiles* por Ollier son las últimas que se sueldan, pues la soldadura se efectúa en cuanto el cartílago ha concluído su misión; es decir, que la soldadura la produce la anulación de la actividad osteogenésica del cartílago.

Es en la mujer más tardía que en el hombre, á pesar de lo cual, y dados los hábitos de éste, los desprendimientos y alteraciones son más frecuentes en él que en la mujer, en la relación de uno á tres. He aquí el cuadro que se debe á Poland, y que indica la época media de soldadura de las principales epífisis:

MIEMBRO SUPERIOR

A los diez y seis años.....	Epífisis superior del radio.
Entre diez y seis y diez y siete años...	Epífisis olecraniana del cúbito.
A los diez y siete años.....	Epífisis inferior del húmero.
A los diez y ocho años.....	Epicondilo interno del húmero.
Entre diez y ocho y veinte años.....	Epífisis de las falanges de los dedos de la mano, y epífisis inferior del cúbito.
A los veinte años.....	Epífisis metacarpianas.
Entre diez y ocho y veintidós años.....	Epífisis superior del húmero.
Entre diez y nueve y veintitrés años...	Epífisis inferior del radio.
Entre veintidós y veinticinco años.....	Epífisis de la clavícula.

MIEMBRO INFERIOR

Entre diez y siete y veinte años.....	Epífisis de las falanges del pie.
Entre diez y nueve y veinte años.....	Epífisis de los metatarsianos.
A los diez y nueve años.....	Epífisis de la cabeza del fémur.
Entre diez y ocho y diez y nueve años.	Epífisis inferior de la tibia.
Entre diez y nueve y veintiún años....	Epífisis inferior del peroné.
Entre veinte y veintidós años.....	Epífisis superior del peroné.
Entre veintiuno y veintidós años.....	Epífisis superior de la tibia.
Entre veinte y veintitrés años.....	Epífisis inferior del fémur.

En esta estadística nada se dice de la epífisis del calcáneo, que es de las que se sueldan, por lo que yo he podido observar, más pronto, si bien tiene muy variada fecha, y en la cual influye no poco, por la inserción del tendón de Aquiles, el uso ó abuso de los gemelos.

En el abuso de esos juegos atléticos á que se dedican hoy los jóvenes, agravados por la profesión, una de las cuales, la de dependientes de comercio, es de las que más estragos ocasionan por estar siempre de pie, está la explicación también de una porción de

deformidades del pie, entre ellas la del pie plano, y otra que por su poca importancia nadie repara en ella, pero que determina sufrimientos, que si bien son pequeños, son para toda la vida; me refiero á las callosidades de los pies, que no dependen de otra cosa que de la mala configuración y adaptación á la marcha, prueba evidente de que los callos más exagerados y dolorosos los padecen los que tienen pies equinos, varus, valgus, etc., etc.

El tratamiento de las lesiones producidas por los osteofitos epifisarios varía mucho, según su sitio, condiciones y causas.

Los osteofitos que determinan lesión de los tejidos inmediatos, como son las espuelas calcáneas del tipo B de la figura 1.ª, suelen no molestar colocando aros de goma donde apoya el talón que dejan libre de presión el sitio preciso de acción de la punta de la espuela. También se han hecho piezas especiales de celuloide, que se colocan en el calzado con el mismo objeto. Si esto no basta, se hace necesaria la extirpación, operación poco cruenta y poco complicada, y que es lo más radical.

No hay que hablar de la importancia que tiene el tratamiento específico, cuando dependen de alguna de las causas infecciosas expuestas anteriormente.

Si las lesiones y molestias causadas son por la fractura de uno de estos exóstoses, la conducta del cirujano será la de combinar el reposo y el amasamiento, procurando que la estalactita ósea se suelde en la forma que menos daño pueda producir.

En los de origen traumático consecutivos á luxaciones, desprendimientos epifisarios, desgarros de pericondrio y periostio, evitando en lo posible las inmovilizaciones prolongadas, dirigir bien el tratamiento por los medios de todos conocidos, será lo más acertado. Pero los osteofitos en período de crecimiento necesitan por nuestra parte una atención especial.

De su profilaxis hemos dicho ya bastante anteriormente, y una vez ya formados, el problema es distinto en absoluto del que ofrecen los que son de otro origen.

Hay que considerar primero, que siempre son producidos por una exageración ó mala dirección de un trabajo fisiológico necesario, inevitable, y que, por lo tanto, su causa no debe ser destruída, y nuestra misión es ayudar á la naturaleza á sobrellevar aquella molestia, y á facilitar en lo posible la buena dirección y acomodación del osteofito á las funciones de los órganos vecinos. Así, pues, siempre que uno de éstos estorbe á la función de un tendón, músculo ó ligamento, nuestra conducta se acomodará á contribuir ayudando á la formación de bolsas serosas que permitan el deslizamiento, que es como la naturaleza se defiende de estas anormalidades.

Si la dirección y forma fuera agresiva y molesta para los tejidos inmediatos, se verá si con la fractura del osteofito hecha sin necesidad de intervención sangrienta se puede cambiar su dirección y condiciones, y siempre en último extremo, y cuando sus daños fueran de gran interés, se puede proceder á su extirpación.

Como medicación interna que facilite y regularice el período de crecimiento, yo en lo que he visto más resultado es en la tintura alcohólica de iodo á altas dosis, pues de las medicaciones fosfatadas, aun dadas á dosis elevadas, como ahora se aconseja, no estoy convencido.

Para redondear el plan, sólo me queda por enumerar un régimen dietético: la hidroterapia y el amasamiento y los ejercicios moderados, teniendo en cuenta las condiciones especiales de cada enfermo y sus contraindicaciones, que sólo pueden ser ajustados al plan de cada enfermo según el criterio del cirujano ante cada caso especial.

CONCLUSIONES

1.ª Los osteofitos epifisarios originados por enfermedades especiales, como son el reumatismo articular deformante, la sífilis y la gonococia, y por alteraciones de los cartílagos de crecimiento, presentan síntomas determinados que hacen sospechar su existencia, y cuyo diagnóstico exacto confirma la radiografía.

2.ª Los traumatismos de las regiones epifisarias, por pequeños que sean, así como los esfuerzos de gravitación y musculares, deben ser objeto de observación especial de los cirujanos en individuos que se encuentran en las condiciones antes expuestas.

3.ª Como tratamiento preventivo de estas alteraciones en los individuos que se encuentran en pleno período de crecimiento, y sobre todo los que tienen un exagerado desarrollo del esqueleto, se deben prohibir los ejercicios violentos de todo género, así como también en aquellos individuos adultos que padezcan cualquiera de las enfermedades citadas.

4.ª Todas estas lesiones tienen un tratamiento eficaz curativo, cuya indicación depende sólo de su buen diagnóstico.

EMBARAZO EXTRAUTERINO

POR EL DR. POLICARPO LIZCANO

Del Instituto Rubio
y Jefe de la consulta de Ginecología de la Casa de Socorro de la Inclusa.

(CONCLUSIÓN)

De advertir es que la enferma notó los movimientos activos del feto hasta el día 12 de Octubre, así como los pechos aumentaron de volumen hasta el 16 del mismo mes, teniendo en algunos días que ordeñárselos; pero más tarde empezaron á disminuir de un modo gradual y paulatino, hasta que desapareció la secreción láctea por completo. Llegado el mes de Enero de 1907, en que la repitió á la enferma un flujo análogo al indicado, los médicos la aconsejaron se personara en Madrid, á los efectos de consultar y operarse del quiste que ellos diagnosticaban, por cuyo motivo tuvo lugar el ingreso de dicha enferma en el Instituto y en el día antedicho. El día 15 del mismo mes la apareció otro flujo sanguíneo abundante y sin dolores, cuya duración fué de cinco días. La enferma habitualmente padece de astricción pertinaz de vientre, que la obliga á purgarse con relativa frecuencia.

Reconocida, se advierte una prominencia abdominal sin dolor, ni estreñimiento, ni trastornos en la micción; el tumor abdominal llega á dos traveses de dedo del ombligo, de consistencia elástica, igual, sin durezas, con renitencia que acusaba líquidos, tumor que no se tocaba por la vagina. El útero se notaba empujado. Se diagnosticó de embarazo ectópico, por más que hubo quien creyera que se trataba de un quiste ovárico. El útero medía 7 centímetros.

Encargado de la enferma el Dr. Cerecedo y después el Dr. Masip Budesca, hizo éste la operación, que llevó á cabo el 6 de Mayo último.

Una vez anestesiada la enferma por el Dr. San Román, previa desinfección, ayudado por el Dr. García de Arias, hizo una incisión que, partiendo de la parte superior del hipogastrio por encima del espacio de Retzius, terminó en la región umbilical, algún tanto desviada á la izquierda para salvar el ombligo, midiendo dicha incisión 20 centímetros. No pudo incindirse el peritoneo por hallarse íntimamente adherido al tumor quístico fetal. Hubo necesidad de incindir la pared quística hasta penetrar en su cavidad, profundizando más de 3 centímetros, encontrándose un líquido sanguinolento oscuro, y dentro de la bolsa apareció un feto del sexo masculino á término, con su plano anterior hacia adelante y la cabeza en el seg-

mento inferior del tumor, sacándole por los pies y separando con ligadura el cordón umbilical, al propio tiempo que brotaba dicho líquido amniótico de la cavidad. Fué extraída seguidamente la placenta, que apareció macerada y de color verdoso, así como se rellenó de gasas asépticas dicha cavidad quística, cerrándola con pinzas y procediendo en toda su superficie á la separación de todas sus adherencias peritoneo-intestinales, que produjo el aislamiento completo del tumor fetal, el cual se hallaba alojado en la cavidad abdominal é implantado en el pabellón de la trompa izquierda, procediendo á ligar el pedículo, que era largo, con doble sutura de seda, cauterizando con termocauterio. Seguidamente se pusieron suturas en las rasgaduras hechas en el delantal epiploico, resecando parte del peritoneo parietal, ligando igualmente todas las pequeñas arteriolas que desprendían sangre, y terminando con la sutura de Jonesco laparotómica, la unión de la piel con agrafes y la colocación de vendaje, no sin que fuera sondada la enferma, orinando por efecto de ello.

El feto pesó 2.740 gramos; se le retrató, y su medición alcanzó 55 centímetros; se fotografió la cavidad quística, donde se hallaba alojada la criatura, encontrándose en ella el ovario y la trompa del lado izquierdo, y midiendo el espesor de la pared en algunos sitios hasta más de dos centímetros de espesor. La placenta correspondía á la parte más delgada, pesando 190 gramos, y era trilobular. Terminada la operación á las doce y cincuenta minutos, durante la cual se la aplicaron 700 gramos de suero, se repitió igual aplicación de otros 500 gramos á las seis de la tarde del mismo día, acusando 36°,9 de temperatura y 104 pulsaciones, con la sucesiva presentación á las once de la noche; 38 á las doce; 38,7 á las dos de la madrugada; 37,1 á las cuatro del siguiente día 7 de Marzo de 1907; 37,1 á las siete; 37,5 á las nueve, unas 120 pulsaciones con arritmia más acentuada en la radial izquierda, preparándose con tal motivo la solución de trinitrina y el suero antiestreptocócico de Merk, que no hizo falta aplicarle.

De las tres variedades del embarazo tubario, ístmico, ampular é infundibular, este caso corresponde á la tercera, pudiéndose llamar embarazo abdominal sin ningún inconveniente, y ello explicaría la marcha que tuvo. Aunque el tubárico puede llegar á término alguna vez, lo más frecuente es que estalle y se haga intraabdominal ó intraligamental, siendo rarísimo que llegue sin romperse hasta el fin. De todos modos se hiperplasian los elementos del extremo, y en este caso no se observa en ningún punto del saco pabellón tubárico, y el huevo se ha desarrollado en la trompa.

El Dr. Gutiérrez presenta después, en el aparato de proyecciones, varias preparaciones histológicas, hechas por el Dr. Moreno

Melgar, coloradas al carmín, explicándolas y llamando la atención sobre la escasísima cantidad de tejido muscular que en ellas se advierte.

Las preparaciones son: 1.ª Bolsa quística con elementos en degeneración grasosa y manojos musculares. 2.ª Corte del espesor de la parez quística en una porción de menor grosor, donde no existe tejido muscular y sólo tejido conjuntivo. 3.ª Corte total de la pared de la bolsa quística en todo su espesor por la porción de mayor grosor, encontrándose amnios y corion, tejido conjuntivo denso, reticulado y muy vascular, infiltrado con haces musculares y tractus de fibrocélulas. 4.ª Corte de la pared de la bolsa quística; al nivel de la inserción placentaria se observan vellosidades cortadas longitudinal y transversalmente, rodeadas de tejidos decidual y líneas de cincisium, focos hemorrágicos y tejido conjuntivo.

PRONÓSTICO

El pronóstico del embarazo tubario es muy variable, dependiendo de las circunstancias que en cada uno concurren: hay unos que terminan con episodios relativamente benignos; otros, por el contrario, con accidentes muy graves y ruidosos. Se puede decir que, en general, todo episodio de la preñez ectópica es susceptible de conducir á una curación espontánea, así como también todos pueden acarrear la muerte.

Cuanto más adelantada la preñez extrauterina y más tardíos se presentan los accidentes, mayor gravedad revisten.

Los embarazos extrauterinos que terminan espontáneamente por curación son el 60 por 100, á veces á costa de serios peligros y grandes sufrimientos. De 67 casos de Price, 17 curaron por la expectación pura; en 249 de Schauta, un 32 por 100; y de 75 de Champneys, más ó menos graves, 34 curaron también por la expectación, lo que da 45 por 100 de casos relativamente graves.

De los 52 casos observados por el Dr. Fargas, intervino en 24; de los 28 restantes fallecieron 4, todos ellos por rotura tubárica y hemorragia interna.

La mola tubárica, el aborto tubario, la rotura con hematocele consecutivo y la eliminación tardía de quistes fetales son otros tantos mecanismos naturales de curación.

Cuando el curso del embarazo es interrumpido por ciertos accidentes, la muerte del huevo atenúa considerablemente su gravedad, obteniéndose muchas veces por este medio la curación espontánea. De donde resulta que en muchas ocasiones son beneficiosos, pues ponen á salvo de los peligros que acarrea la evolución completa del

embarazo ectópico. La mola tubárica y el aborto tubario son ordinariamente terminaciones favorables en el concepto que estudiamos.

No obstante, el pronóstico del hematocele consecutivo á la ruptura es el de una afección seria, pudiendo, aunque raras veces, determinar una muerte rápida; de todos modos, siempre expone á accidentes graves. Las metrorragias acarrean gran debilidad y anemia, colocando á la paciente en condiciones desfavorables para resistir una intervención operatoria.

La supuración del hematocele es una complicación que agrava el pronóstico.

Después de la absorción del derrame sanguíneo quedan los anejos y el útero envueltos en exudados inflamatorios, que producen molestias pelvianas por la dificultad de funcionalismo de dichos órganos.

En cuanto á la esterilidad consecutiva, unas veces se produce, y otras las enfermas pueden concebir de nuevo; esto depende de las lesiones é intensidad del hematocele. Varía mucho la gravedad según la forma del hematocele: los hay terribles é inmediatamente fatales; otros curan sin dejar apenas lesión ni molestia alguna, y, por último, existen casos intermedios cuyo pronóstico es más ó menos grave.

Puede decirse que es una afección muy grave en las formas cataclísmicas, seria en las formas hemorrágicas repetidas, menos grave en las enquistadas, y excepcionalmente de pronóstico benigno.

El pronóstico del hematoma es mucho más benigno. La reabsorción es muy común, obteniéndose una *restitutio ad integrum* completa ó con ligeros vestigios de tejido conjuntivo indurado.

Como prueba de la benignidad de estos tumores, recordemos que de 34 casos que consigna el célebre Thorn, curaron 33 por reabsorción, y sólo en uno fué precisa la intervención quirúrgica, lográndose también la curación.

La reabsorción, aunque muy lenta, es tan completa á veces, que el tacto no denota la menor alteración, desapareciendo todas las adherencias y recobrando el útero su primitiva movilidad.

La mortalidad en el hematoma es insignificante, y hay que atribuirla á la anemia aguda ó á la peritonitis por perforación.

La rotura tubaria extraperitoneal termina pocas veces por la muerte, y muchas por curación espontánea; la intraperitoneal, aun siendo mortal, á veces de una manera fulminante, da lugar con frecuencia á una intervención salvadora.

Cuando el embarazo ectópico, con ó sin accidentes, sigue su evolución hasta los últimos meses, ofrece un pronóstico de suma gravedad, y cabe aplicarle el concepto de Werth: «todo embarazo

ectópico debe ser considerado como tumor maligno y extirpado como tal». Nadie niega que un quiste fetal es susceptible de curación espontánea, eliminándose por la piel ó por alguna cavidad natural; pero sucede muy rara vez, y á costa de tantas molestias y peligros, que no debemos dejar de intervenir.

La abertura espontánea después de la supuración, á menudo mortal, así como las transformaciones excepcionales del feto *(litopedion)* no atenúan la gravedad del embarazo ectópico, el que por lo común termina por muerte de la enferma ó por alguna feliz intervención quirúrgica.

Parry, en su estadística de 500 casos dice que murieron 336, ó sea 67,2 por 100. En los 38 casos de Pinard, 11 en el primer período, murieron 8 de hemorragia y 3 curaron; en dos de ellos, el feto, que estaba muerto, fué eliminado poco á poco por la vejiga é intestino. Tres mujeres en el segundo período, y las 3 murieron por la rotura del quiste. Veinticuatro casos del tercer período, de los que 13 murieron y 11 curaron. De estas 24 últimas mujeres, todas las que fueron abandonadas murieron, es decir, 13, y por el contrario, las 11 operadas curaron.

En cuanto á la suerte del niño, raras veces se le puede extraer vivo y viable. En 61 observaciones reunidas por Orillard, en las cuales se extrajo el feto vivo, 26 murieron rápidamente, 22 en menos de veinticuatro horas y 5 en menos de cuarenta y ocho. Sin datos ulteriores los restantes. Observó varias veces ligeras asimetrías del cráneo, y vicios de conformación en 6 casos, de los cuales 3 eran incompatibles con la vida.

Cuando nacen vivos y viables se desarrollan normalmente. Entre los casos notables que registra la literatura, mencionaremos los tres de L. Tait: dos hermosas niñas y un robusto niño, salvados por él mediante la laparatomía en embarazo extrauterino.

TRATAMIENTO

Sólo un valor histórico tienen los procedimientos antiguos, abandonados hace tiempo por ineficaces y peligrosos. Purgantes, fricciones mercuriales, la dieta *famis*, la sifilización de la mujer (Barnes); la compresión del tumor fetal con pequeños sacos de arena de peso creciente; la estricnina, ergotina, yoduros, sangrías repetidas, inyecciones de morfina, etc., etc., se han aplicado con el objeto de conseguir la muerte del embrión, sin lograr otra cosa que molestar á la madre y no impedir la continuación del embarazo.

La punción del quiste fetal es un método abandonado también por ineficaz y peligroso; en 12 observaciones recogidas pos Maygrier, 8 mujeres tratadas de este modo sucumbieron.

La punción del quiste con inyección de substancias tóxicas, atropina, estricnina, etc., dió resultados antes del tercer mes y muy mediano después. Expone á la peritonitis y á heridas viscerales.

Todos los medios feticidas, incluso la electricidad, faradización ó galvanización, polo positivo en la pared abdominal y el negativo en la vagina ó recto, han dado resultados ilusorios, y hoy el tratamiento de la gestación ectópica es puramente quirúrgico, por nadie discutido y considerado por todos como una de las brillantes conquistas de la cirugía abdominal.

El embarazo ectópico se interrumpe casi siempre en los primeros meses, ocasionando accidentes hemorrágicos graves, cuyo síndrome se conoce con el nombre de hematocele. Pasemos al tratamiento del mismo, originado, por lo común, por aborto ó ruptura de la trompa en el curso de un embarazo ectópico.

Tratamiento del hematocele.—Es muy diferente, según la forma é intensidad del hematocele; algunos casos demandan una intervención urgente y peligrosa, y otros, en cambio, no exigen más que un absoluto reposo.

Nos ocuparemos, aunque muy brevemente, del *tratamiento médico ó expectante y del tratamiento quirúrgico: colpotomía y laparatomía.*

Tratamiento expectante ó médico.—Quietud absoluta, estimulantes, opio al interior, hielo al vientre, vigilar la evacuación de los reservorios cercanos, vejiga é intestino. Alimentación fácilmente digerible y reparadora.

Se recomiendan las duchas vaginales, los baños de asiento, las omisiones sanguíneas locales, la revulsión al hipogastrio y las pomadas disolutivas de yoduro potásico y ungüento mercurial.

Todos estos medios deben emplearse, respetando la quietud absoluta que conviene guarde la enferma, pues con cualquier esfuerzo ó movimiento puede reproducirse la hemorragia.

La absorción del hematocele suele verificarse con suma lentitud, obligando á estar en cama semanas y meses, considerándose este prolongado reposo como uno de los mayores inconvenientes del tratamiento expectante.

Según una estadística de Voisin, duró la absorción, en dos casos, mes y medio; en tres, en uno seis y en otro ocho meses. Por término medio, se calcula que la curación exige cuatro meses y medio, aunque se han visto casos que no ha disminuído el tumor, á pesar de permanecer en cama un año.

En contra del tratamiento expectante, se invoca el trastorno general del organismo, sometido á tan larga permanencia en cama, y aparte de las molestias intolerables que quebrantan la salud de las

enfermas, el peligro de que no se reabsorba por completo, como ocurre siempre que la gestación ectópica es de algunos meses, por la imposibilidad de absorberse los huesecitos fetales.

Ocurre también á veces, que una nueva hemorragia, que el tratamiento médico no puede prevenirla, determina súbitamente el fatal desenlace.

Tratamiento quirúrgico.—En los *hematoceles difusos,* en que la hemorragia pone en inminente peligro la enferma, está no sólo legítima la intervención quirúrgica, sino que se considera como ineludible deber acudir á salvar una vida que se escapa.

L. Tait demostró, con sus brillantes intervenciones, que la mayoría de hematoceles eran debidos á la rotura de la trompa grávida, y que con la operación se salvan centenares de enfermas. «Cuando un enfermo se muere de hemorragia, debe ligarse el vaso abierto», principio de Cirugía general, y no aplicarlo es una cobardía.

Por esto, cuando una enferma sufre hemorragia tan abundante que la conduce á la tumba, el médico, cumpliendo elevados deberes, interpone su bisturí salvador entre la muerte y su víctima.

La abstención operatoria en semejantes casos equivaldría á censurable abandono, privando á la enferma del único recurso capaz de salvarla.

No obstante, existen observaciones de casos gravísimos por colapso que curaron sin operación; aparte de estos casos extremos, afortunadamente raros, toda enferma con rotura y con síntomas de hemorragia persistente, procede operarla sin pérdida de tiempo. Se conoce que persiste la hemorragia en que el colapso se acentúa ó permanece estacionario, pues cuando cede la hemorragia interna no tarda en iniciarse una evidente mejoría. En efecto: si ha cedido la pérdida sanguínea, aunque haya sido grave, el pulso reacciona, la enferma recobra calor, desaparece la ansiedad, etc., pudiendo entonces contemporizar, pues en estas circunstancias es bastante probable la curación espontánea. Por el contrario, cuando al cabo de más ó menos tiempo repite el ataque de hemorragia, debe procederse á la operación, por no existir ya ninguna garantía de que la rotura pueda servir de medio curativo natural.

Según Cestan, que ha estudiado muy bien el asunto, la abstención operatoria da un 85,8 por 100 de muertes; por el contrario, la intervención proporciona el 84,7 por 100 de curaciones.

El Dr. Faure, de cuatro operadas ha tenido tres éxitos.

La intervención es una laparatomía rápida, que abierto el abdomen, y separados los coágulos que llenan la pelvis, busca la trompa enferma, origen de la hemorragia, la pedícula y la extirpa.

En condiciones favorables se realiza la operación en unos minu-

tos; pero si ocurrieran dificultades, ha de procurarse no perder tiempo en detalles y concretarse á lo más importante, pues el estado gravísimo de las enfermas las hace muy sensibles á los accidentes de la anestesia, y en particular al colapso. Si hubiera temores de infección, se dejará *drenaje;* pero por lo común no es necesario.

Es útil el uso en estos casos de los estimulantes: calor, suero, inyecciones de cafeína, de aceite alcanforado, de éter, etc., etc.

Hematocele enquistado.—En esta forma obtiene algunos triunfos la medicación expectante; pero cuando transcurre algún tiempo (varias semanas) en que la absorción no se manifiesta, á pesar del reposo absoluto de la enferma, ó bien si aparecen signos de nuevas hemorragias (aumento de volumen del tumor, molestias pertinaces ó supuración inminente), la intervención operatoria estará indicada.

En general, todos los ginecólogos que han escrito sobre el asunto se inclinan al tratamiento quirúrgico, salvo casos muy excepcionales que obedecen á la modificación expectante. Afortunadamente para las enfermas, escasean mucho los partidarios del *moli me tangere*, y lo que se discute en nuestra época no es la intervención aceptada en todos los países, sino la vía por donde se ha de acometer al hematocele, incisión vaginal ó laparotomía.

Otra vez, con este motivo, tenemos que ocuparnos de la interesantísima cuestión de la vía vaginal y abdominal, cuyos respectivos partidarios defienden con decidido entusiasmo, rayano en exclusivismo, la manera de intervenir en el hematocele.

Incisión vaginal ó colpotomía.—Término aceptado, aunque impropio, pues no solamente se incinde la vagina, si que también el peritoneo (salvo en los casos de hematocele extraperitoneal), debiéndose titular *cœliocolpotomía.*

Recomendada por Nélaton en 1850, en nuestro tiempo cuenta con partidarios entusiastas, como Pozzi, Routtier, Zweifel; este último la prefiere incondicionalmente á todas las demás para evacuar el hematocele.

En efecto: no puede pedirse más á una simple incisión: sin riesgo alguno, de ejecución fácil, muy benigna y de gran eficacia, produce resultados sorprendentes en los hematoceles antiguos, es decir, bien enquistados, y, por consecuencia, con cesación absoluta de la hemorragia.

Si el hematocele se ha *infectado*, todos los médicos están de acuerdo que debe abrirse por la vagina, drenando ampliamente, cuya operación, sin peligro serio para la enferma, proporciona siempre un beneficioso resultado.

Además, la colpotomía estará indicada cuando los desórdenes,

por su gravedad, hagan necesaria la intervención, pero que el estado de la enferma no consienta practicar la laparotomía.

Otras veces se hace la colpotomía, como tiempo preliminar de la laparotomía, cuando el hematocele es muy voluminoso.

Como indicaciones generales de la colpotomía, pueden señalarse los hematoceles antiguos, aquellos en los que ha muerto el embrión; los hematoceles estacionarios del primer trimestre del embarazo ectópico y en los estados febriles por infección del hematocele.

Dada la benignidad y la gran eficacia de esta sencilla intervención, se explica que cuente con defensores tan autorizados como Strasmann y Dührssen, éste apoyándose en una estadística personal de 36 casos sin un solo muerto.

La técnica operatoria es bien sencilla. Abertura transversal del fondo de Douglas, mejor con tijeras que con bisturí; conviene practicar la incisión al nivel de la inserción posterior de la vagina; con suaves presiones facilitar la salida de la sangre y coágulos; taponamiento ó desagüe con gasa, según haya ó no hemorragia. Los lavados de la cavidad hematocélica requieren suma discreción; pueden romper las débiles paredes que aíslan al tumor del resto del vientre, no son necesarios, y al considerarlos indicados, deben practicarse con sonda de Dolèris y agua esterilizada. La cucharilla para extraer el contenido del foco hemático, por lo peligrosa, debe proscribirse en absoluto.

La sección de la vagina la hacen algunos con termo ó galvanocauterio, por temor á la hemorragia y á la infección. La primera es rara, y puede ligarse al vaso ó dejar puesta una pinza, y la infección se evita con una rigurosa antisepsia.

La lesión del recto implica gran descuido, pues ateniéndose á la técnica operatoria es imposible ese accidente, fácil además de evitarlo introduciendo un dedo por el ano en el momento de practicar la incisión.

El foco se va lentamente reduciendo, las curas se repiten cada veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, y al cabo de uno, dos ó más meses, la enferma se encuentra curada, observándose algún nódulo, adherencia ó desviación genital como resto único del primitivo tumor.

En los *hematomas* pequeños se obtiene buen resultado con la quietud; pero deben evitarse los grandes esfuerzos, especialmente durante la regla, por el temor de nuevas hemorragias, que pudieran colocar en serio peligro la vida de la mujer.

En los tumores grandes se aconseja el mismo tratamiento expectante que en los hematoceles: reposo, opio, etc. La opinión dominante es que debe preferirse el método conservador á la interven-

ción operatoria. Winckel, que sigue un tratamiento estrictamente conservador, afirma no haber perdido ninguna de sus enfermas.

Pero si se presentan síntomas alarmantes (aumento del tumor, supuración), la intervención quirúrgica estará indicadísima.

El éxito favorable y la inocuidad de la operación, que suprime las principales molestias y abrevia el curso de la enfermedad, decide al cirujano á incindir y evacuar el foco sanguíneo. No debe retardarse la intervención, sobre todo en las mujeres que, por sus condiciones sociales, no pueden permanecer en reposo todo el tiempo que sería necesario para preservarse de las recidivas.

Respecto á la vía por donde ha de penetrarse en el foco, es en general preferible la vaginal, por ser más fácil, más inofensiva y menos expuesta á graves accidentes. La operación por el vientre trae consigo casi siempre la rotura del tumor, derramándose su contenido en el peritoneo, accidente de gravísimas consecuencias en caso de hematoma séptico.

Siempre que se presuma la existencia de pus en el hematoma, debe rechazarse en absoluto la vía abdominal por peligrosísima, no obstante la defensa que de la misma hacen ilustres maestros.

No cabe duda, por otra parte, del resultado excelente que la vía vaginal proporciona cuando el tumor desciende mucho en la pelvis, y, por tanto, es muy accesible desde la vagina. En tales condiciones, la colpotomía puede alcanzar un brillante éxito.

Desde luego, que á veces habrá que recurrir á la laparotomía, en idénticas circunstancias que cuando se trata de un hematocele; pero en el hematoma la expectación es la regla, y si hubiera precisión de intervenir, la vía vaginal debe siempre preferirse.

Laparotomía.—Los partidarios de esta intervención acumulan objeciones contra la vía vaginal, algunas tan importantes como la siguiente: supongamos que se trata de un hematocele por aborto tubario; en tal caso la colpotomía no influye de ningún modo en el origen de la hemorragia, por lo cual, después de evacuado el saco, la trompa, á la que aún continúa adherido el huevo, puede producir nuevo derrame sanguíneo; las partes enfermas quedan como antes, esto es, subsiste íntegra la causa del padecimiento.

Además, la operación vaginal no permite inspeccionar como es debido el foco; en ella se procede «á tientas» (Thorn), no pudiendo determinar con exactitud el estado de los anejos del otro lado, que quizá estén enfermos y exijan más adelante la laparotomía.

La hemorragia consecutiva á la colpotomía también se invoca por los defensores de la vía alta, consignando algunas observaciones clínicas, en que dicha pérdida sanguínea obligó á practicar la laparotomía ó sucumbió la enferma antes de poder realizarse.

Hay que reconocer que la laparotomía permite hacer un detenido examen de las lesiones que ocasiona el hematocele, y aplicar una terapéutica científica y definitiva á la enfermedad. Mediante la simple incisión de la vagina no podemos descubrir, y menos extirpar, la trompa enferma, ni oponernos con eficacia á hemorragias secundarias.

Si se añade la brillantez y lucimiento de la laparotomía abdominal, la curación definitiva que promete, sin riesgos de largas supuraciones ni de innumerables y penosas curas, exenta de peligrosas recidivas y de todo accidente molesto, se explicará cómo algunos eminentes ginecólogos renuncian sistemáticamente de la vía vaginal en la terapéutica quirúrgica del hematocele. Así, Küstner cree que en la actualidad nunca está justificada la intervención por la vagina, y que el hematocele debe extirparse con la trompa enferma por la vía abdominal.

Nosotros entendemos que la laparotomía está indicada de una manera categórica en los casos de hematoceles recientes, con hemorragias repetidas, que, impidiendo el enquistamiento y cesación de los accidentes, colocan á la enferma en un estado de gravedad continua, y con la amenaza constante de una nueva hemorragia que puede arrebatar su existencia.

Estos casos, intervenidos por la vagina, no se modifican ó se agravan por la operación; en cambio, la laparotomía permite ver las lesiones, practicar mejor la hemostasia, prevenir las heridas de los órganos vecinos, examinar perfectamente los anejos, extirpando las partes enfermas y respetando las sanas. En los casos dudosos (apendicitis, úlcera del estómago, perforación, hemorragia alarmante, etc.), cuando la rotura de la trompa (Falk) es reciente, así como en la gran anemia originada por dicho accidente, debe practicarse la laparotomía. Las hemorragias graves en actividad requieren una intervención urgente; en cambio, en los casos de ruptura tubaria, cuya hemorragia ha cedido, podremos optar por la abstención operatoria.

Pero en la clínica no suelen presentarse las indicaciones tan claras, y hay casos en que unos aprecian conveniente la colpotomía y otros profesores creen mejor intervenir por la vía abdominal.

Nuestra humilde opinión es que en esos casos dudosos se incline el médico hacia la intervención menos peligrosa, la colpotomía, y si se viera no cedían los accidentes hemorrágicos, practicar la abertura del vientre.

Es una práctica altamente beneficiosa para las enfermas, y que honra á la cirugía conservadora, la seguida por insignes maestros que apelan siempre á la inocua sección de la vagina en todo hema-

tocele, y más tarde, fuera ya de peligro y repuesta la enferma, si las lesiones demandan una segunda operación, no titubean en llevarla á cabo en estas nuevas y favorables circunstancias.

Tratamiento directo del embarazo ectópico.—Segond estudia en dos grupos el tratamiento del embarazo extrauterino: 1.°, de menos de cinco meses; y 2.°, de más de cinco meses.

Antes de los cinco meses.—Existen dos fórmulas: la de Westh, que considera el embarazo ectópico como una neoplasia maligna, y la de Pinard: «todo embarazo extrauterino diagnosticado exige la intervención quirúrgica», fórmulas aceptadas en general por todos los ginecólogos. En efecto: todo embarazo antes de los cinco meses debe estimarse como neoplasia maligna y extirparlo, cuanto antes mejor, una vez establecido el diagnóstico. Lo mismo da que sea á los dos, tres, cuatro ó cinco meses; son tan frecuentes y numerosos los accidentes graves que pueden sobrevenir, que la intervención se hace necesaria, pues resulta más benigna (4 por 100 de mortalidad) que la abstención operatoria abandonando el embarazo á su curso espontáneo. En esta terapéutica intervencionista se cuentan hasta partidarios entusiastas de la expectación, como Champneys, quien sostiene que deben operarse sin retardo los embarazos ectópicos recientes y con embrión ó feto vivo.

En el primer trimestre, salvo la presentación de accidentes, no suele diagnosticarse la anomalía que estudiamos, porque las enfermas no se consideran como tales y no hay ocasión que el médico las examine; sin embargo, es la mejor época para intervenir, tanto por el escaso riesgo operatorio, cuanto por ser el mejor medio profiláctico de los gravísimos episodios del embarazo ectópico.

Conforme avanza la gestación, el diagnóstico gana, pero la intervención es más difícil y más grave, y cuando pasa del quinto al sexto mes, entra un nuevo factor en el problema clínico, la vida del feto.

El objeto que el cirujano se propone es suprimir el quiste fetal, considerado como tumor maligno; pero todo lo que de sencilla tiene esta extirpación en los primeros meses, pudiéndose equiparar á una simple ablación de anejos, cuando la preñez avanza se complica de tal modo, que el practicarla constituye uno de los actos más graves de la ginecología.

Todos los autores están conformes en practicar sin demora la intervención operatoria en los embarazos extrauterinos que no llegan al sexto mes, con accidentes ó sin ellos, con feto vivo ó feto muerto.

Después de los cinco meses, feto vivo.—Si el feto no es viable, puede esperarse uno, dos ó tres meses para salvar al niño, siempre

que no cueste la vida á su madre. Esta cuestión ha suscitado distintas opiniones, y mientras unos prescinden del feto, otros lo estiman como factor importante del problema; se ha invocado las pocas garantías de vida del feto por deformaciones congénitas ó desarrollo insuficiente, en tanto que por otro lado se alega que muchos fetos nacen robustos y viables.

Si tenemos presente que en el último trimestre son menos frecuentes los accidentes mortales de la gestación extrauterina y que la operación no se agrava por retardarse algún tiempo, podemos aceptar la conducta de Pinard en estos casos, que, atendiendo á la viabilidad del feto, quiere que cuando se diagnostique después del sexto mes se retarde la intervención hasta que el feto tenga garantida su viabilidad y se llegue muy cerca de la época presumida del falso parto. Esta opinión debe modificarse si la mujer no tolera la gestación, si los dolores persisten ó acarrean trastornos generales graves, imponiéndose entonces la intervención de urgencia en interés de la madre. De cualquier modo, es de absoluta necesidad, en todos los casos en que se demore la operación, estar siempre dispuestos á intervenir sin tardanza apenas se inicie cualquier accidente. Es decir, que se debe esperar mientras no haya peligro alguno para la madre. Si el embarazo ha llegado á término con feto vivo, todos los cirujanos están conformes en la intervención operatoria inmediata.

La enucleación total cuando sea posible, teniendo en cuenta los riesgos de la hemorragia para retroceder si la topografía de la inserción placentaria no permite llevar á cabo la operación sin correr gravísimos peligros, constituye la intervención más racional y completa.

Pinard es partidario decidido de la extirpación parcial, abandonando la placenta á su eliminación espontánea. Dicho profesor, en 16 casos, ha obtenido 15 éxitos y 1 defunción, declarando que «el extirpar todo el quiste es más quirúrgico, pero menos prudente».

Después de los cinco meses, feto muerto.—Si el feto muere antes del quinto mes, puede desaparecer sin dejar huellas; pero de los cinco meses en adelante, queda constituyendo un quiste fetal, cuyo quiste debe operarse. La intervención puede ser precoz ó tardía.

En la gestación avanzada el quiste se encuentra libre en la cavidad peritoneal, sin vínculos inmediatos con la trompa, en medio de los intestinos, es decir, constituyendo un embarazo abdominal secundario. El enorme volumen de la placenta, la notable vascularidad de las numerosas adherencias que unen el quiste á los órganos próximos, sobre todo los intestinos, ennegrece singularmente el pronóstico operatorio. La extracción de la placenta puede dar lugar á

una hemorragia formidable, incoercible, mortal, á pesar de la experiencia, serenidad, rapidez, etc., del cirujano. Maygnier, en 17 casos reunidos en 1886, contó 15 muertes.

Para evitar esta terrible hemorragia se aconseja la marsupialización del saco (Segond, Routier, Pinard), extrayendo el feto, pero sin tocar la placenta, que se abandona á su eliminación espontánea.

Sin embargo, lo más prudente, en caso de muerte reciente del feto, es esperar cierto tiempo para que disminuya la vascularización de la placenta. En efecto, al cabo de dos ó tres meses, el peligro de la circulación placentaria ha desaparecido, por haberse cerrado los senos maternos mediante el proceso de la trombosis.

Esta es la autorizada opinión del profesor Pinard, quien, para prevenir los peligros de la hemorragia mientras dura la actividad de la circulación placentaria, aconseja aplazar la operación dos ó tres meses, en contra de los defensores de la intervención inmediata (Pozzi). Este profesor reúne 40 casos de distintos autores, de los que en 29 se abandonó la placenta, falleciendo 11, y en cambio, en 11 se hizo la extirpación total con éxito feliz.

El abandono de la placenta á su eliminación espontánea, una vez extraído el feto, es un método que, por desgracia, tiene serios inconvenientes; el más terrible la infección de la torta placentaria, rodeada de asas intestinales y muy expuesta á contaminarse. No agrada al operador dejar la placenta abandonada en el fondo de la cavidad abdominal, por los cuidados post-operatorios que requiere, convalecencia laboriosa, amenazas de infección, etc., etc., legitimando estos inconvenientes la conducta audaz de los que tratan de extirparlo *todo*. Sin embargo, la ventaja principal de dejar la placenta es la garantía absoluta contra la hemorragia.

De modo que los grandes peligros están en la hemorragia y la infección. Debe esperarse á que cese la circulación placentaria para alejar el primero, y en cuanto á la infección (frecuente cuando se deja la placenta á su eliminación espontánea), se conjurará con cuidadosas curas asépticas.

También se puede apelar á la compresión de la aorta abdominal durante la extracción completa (feto y anejos), y al taponamiento consecutivo del saco.

No puede ocultarse que esta operación es la más emocionante de la Cirugía, y quizá la que supera á todas en gravedad: no hay que desconocer que la ciencia dispone de medios más eficaces contra la hemorragia que contra la infección.

Cuando la muerte del feto data de largo tiempo está indicada la intervención inmediata, aunque el tumor sea bien tolerado, y con extirpación total, salvo los casos de adherencias íntimas del saco

fetal con los órganos vecinos, que convendrá marsupializar. Igual conducta hay que seguir cuando el quiste fetal ha supurado, evacuando su contenido por el abdomen ó por la vagina.

En caso de síntomas de infección ó temores de rotura, conviene extirpar inmediatamente el quiste fetal. Igual conducta se observa en todo embarazo ectópico en su período de retención, por poco grande que sea su volumen y ligeras las molestias que origine.

Es peligroso retardar la intervención bajo pretexto de que el quiste es bien soportado, pues las adherencias con los órganos inmediatos se hacen cada día más firmes, agravando notablemente el pronóstico operatorio. Es conveniente proceder á la extracción á los pocos meses de terminar el embarazo, lo más tarde en el primer año, cuando las adherencias están todavía blandas, permitiendo una marsupialización relativamente fácil.

La expectación sólo es aceptable en los quistes muy pequeños y nada dolorosos.

REVISTA DE ESPECIALIDADES

POR EL PROFESORADO DEL INSTITUTO RUBIO

Anestesia.

El cloruro de sodio y la cloroformización. (*Revista de Medicina y Cirugía*, de la Habana. Febrero de 1908.)

El Dr. Burckhardt ha observado, que la inyección de suero fisiológico antes de administrar el cloroformo, disminuye la toxicidad de éste, por ser menos absorbido por la sangre, haciendo que la presión sanguínea permanezca cerca de lo normal, y así es más fácil para los pulmones eliminar el anestésico.

En la clínica quirúrgica de Wurzburz se le inyectan, á todos los que van á sufrir operaciones mayores, de 1.500 á 2.000 c. c. de suero fisiológico como media hora antes de la cloroformización.

De utilidad indiscutible resultan estas inyecciones cuando el enfermo tiene debilidad cardíaca, alguna anomalía de los riñones ó la operación es en los órganos urinarios.

Contraindicaciones del somnoformo. (*La Odontología*. Enero de 1908.)

Los Dres. Landete y Chornet, en un trabajo presentado al IV Congreso Dental Español, terminan con las siguientes conclusiones:

1.ª Cuando no está indicado, debemos abstenernos de emplear el somnoformo, para no exponer al paciente, sin necesidad, á los efectos y molestias de esta droga.

2.ª Estará contraindicado en los recién comidos, pues en tales casos los vómitos siguen ordinariamente á la anestesia, y si bien ellos de por sí no constituyen ningún gran contratiempo, en algunos casos los esfuerzos que en dicho acto se efectúan pueden ocasionar serios accidentes.

3.ª En los cardíacos y aneurismáticos debemos aconsejar mucha prudencia en su empleo, pues, dada la acelaración del pulso y el esfuerzo que en las primeras inhalaciones de este agente se producen, podríamos tener algún contratiempo serio, contra el cual conviene prevenirnos.

4.ª Tampoco debemos usarlo en los alcohólicos muy acentuados, pues en ellos el período de excitación es tan violento, que muchas veces no podemos continuar la anestesia ni operar.

5.ª En los epilépticos, histéricos, enfermos del pulmón, riño-

nes, etc., debe aplicarse con reservas y mucho tacto, siendo de aconsejar como regla general, en casos de duda, la abstención.

6.ª En las extracciones muy laboriosas, y que por lo tanto exigen una anestesia larga, no recurriremos al somnoformo, para evitar un fracaso seguro.

La cloroformización y sus accidentes. Lección dada en el Hospital Beanjou, por el Dr. Tuffier. (*El Consultor Terapéutico.* Abril de 1908.)

Es tan notable, bajo todos conceptos, la conferencia del profesor Tuffier, que no he podido resistir el deseo de dar un extracto en esta Revista.

Después de unas pocas inspiraciones, el cloroformo aspirado pasa el pulmón, y penetrando en la sangre, se va disolviendo una parte en los glóbulos y la otra en el plasma, que la llevan á los órganos: así baña el hígado, los riñones, el corazón y el sistema nervioso. En la anestesia quirúrgica, solamente se pretende que obre sobre el sistema nervioso.

En primer lugar, la medula es á la que ataca el cloroformo, dándose á conocer su efecto por la agitación y los movimientos reflejos de principio de la anestesia. Después obra sobre el cerebro (período delirante), y por último, se paralizan los nervios bulbares. En la práctica se busca la anestesia del trigémino, que se traduce por la insensibilidad de la córnea. Cuando la córnea no ofrece reacción, es completa la anestesia: un grado más, y afecta al núcleo del neumogástrico, de lo que resulta el detenerse la respiración y la circulación, es decir, la muerte. La anestesia quirúrquica ha de paralizar los núcleos, quedando intacto el del neumogástrico.

En lugar de empezar obrando sobre la medula, puede el cloroformo inmediatamente alcanzar el núcleo del neumogástrico, lo que produce síncope, el llamado primitivo, y muerte repentina. Si durante la anestesia se detiene la respiración, es necesario hacer la respiración más frecuente, para que se desintoxique el núcleo bulbar. Ese es el objeto de la respiración artificial que, aunque no introduzca mucho aire, activa la respiración, lo que es preciso obtener.

A pesar de administrar el cloroformo de una manera lenta y progresiva, de emplearse mezclas graduadas y otras tantas precauciones, siempre hay que temer accidentes. Varía la dosis tóxica según las personas. Hay enfermos que duermen con un 7 por 100 de cloroformo, y otros necesitan un 15 por 100, dosis peligrosa para muchos. Además, en el transcurso de una anestesia pueden aumentar las respiraciones hasta sesenta, y aspirando así, por esta polipnea dosis considerables de cloroformo, es de temer que sean tóxicas.

Se dividen los accidentes en *inmediatos, secundarios* y *lejanos*. El síncope primitivo es el accidente inmediato; después de unas pocas respiraciones no existe el enfermo. Luego hay que emplear, no sólo la respiración artificial, que hace más activa la respiración, sino también el masaje del corazón; el profesor Tuffier fué el primero que le aconsejó. Hasta hoy día se ha empleado el masaje del corazón catorce veces, y merced á tal maniobra, han resucitado varios enfermos.

El síncope secundario, producido por la intoxicación del bulbo, causa accidentes semejantes, y se tratará del mismo modo.

Otro accidente mucho menos grave es la asfixia secundaria. Durante la anestesia, la mandíbula se relaja, la lengua se cae atrás, provocando una estrechez de las vías aéreas. Basta traer el maxilar hacia adelante, hacer tracciones sobre la lengua, de tal modo, que se sacudan el nervio hipogloso y glosofaríngeo para producir una excitación bulbar. Los accidentes de asfixia se mitigan fácilmente. Otros trastornos secundarios, como vómitos, ictericia, taquicardia, pueden llamar la atención del médico durante unos cuantos días.

Pero más que ninguno, son temibles los accidentes lejanos. Interesan especialmente el hígado y el riñón. Generalmente, en el riñón, hay poco que temer. Si se produce albúmina, no es lenta la curación, á no ser que ya esté enfermo el riñón. Se altera mucho más el hígado: lo han demostrado desde hace mucho tiempo las indagaciones experimentales, y ahora las observaciones clínicas han afirmado esos peligros. Lesiones de degeneración aguda de la célula hepática se producen semejantes á las de la intoxicación fosforada, y es muy raro que esta clase de lesiones puedan repararse. En los cinco, seis, siete, ocho ó diez días después de la anestesia puede morir el enfermo. Aquellos de los operados que se hallan expuestos á tal fracaso, se despiertan mal, tienen presente el cloroformo, el pulso está rápido y la temperatura queda baja. Una profunda depresión viene aumentándose cada día más, hasta el término próximo. Otras veces, sucede que los accidentes de insuficiencia hepática duran algunas semanas, y se puede confiar en la curación. Eso fué lo que aconteció á una señora que asistió el profesor Tuffier con el doctor Chauflard. Contra toda probabilidad llegó á curarse. De lo dicho puede inferirse cuánta prudencia se necesita para administrar el cloroformo.

Dr. Fermín Martínez Suárez

Cirugia del aparato digestivo.

La radioscopia en la gastro-carcinosis, por el Dr. Kolbé. (*Médécin praticien.* Enero, 1908.)

El distinguido médico consultor de Chatel-Guyon expone sucintamente el valor actual de la radioscopia en los cánceres del estómago, resumiendo los resultados que pueden obtenerse en la conclusión siguiente: Si es cierto que la radioscopia puede ayudarnos á hacer el diagnóstico precoz del cáncer del estómago en combinación con los otros métodos habituales; que es aún capaz, *en presencia de tumores todavía impalpables*, de dilucidar la cuestión en ciertos casos excepcionales, ella no nos permite más que asegurar la existencia, la localización y la extensión de la gastro-carcinosis. No nos da datos sino muy rara vez, en casos excepcionales, sobre la inoperabilidad absoluta. En la generalidad de casos, no teniendo indicaciones precisas de la propagación á las vísceras vecinas y acerca de las metastasis, es necesario proceder, como antes, á la laparotomía exploradora, seguida ó no de operación.

Felizmente, los resultados de la bioscopia gástrica por los rayos X en otras afecciones es más animador. Es posible que lo será también más tarde para la gastro-carcinosis, con lo que, cuidando racional y oportunamente las gastropatías premonitorias ó preparatorias, accesibles á la lectura fácil y oportuna sobre la pantalla, disminuiremos la morbilidad y mortalidad forzosa de esta terrible enfermedad.

La colitis crónica y su tratamiento quirúrgico, por Lockhart-Mummery. (*The Practitionner*, Abril, 1908.)

La colitis crónica comprende las variedades mucosa, membranosa, ulcerosa crónica y ulcerosa folicular, pudiendo en el mismo sujeto asociarse varias formas.

El examen directo, con ayuda del sigmoidoscopio, ha permitido darse cuenta de la naturaleza de las lesiones.

La colitis mucosa es más bien un síntoma que una enfermedad, y debe ser tratada según las causas que la producen. Su tratamiento médico ha sido hasta el presente poco satisfactorio ó no ha dado más que resultados temporales; si este tratamiento fracasa, es necesario proponer el operatorio. En los casos en que la afección es debida á una apendicitis crónica, cáncer ó una lesión localizada, es preciso obrar en consecuencia.

La colitis membranosa grave ha sido tratada por la colotomía inguinal derecha con éxito; sin embargo, se debe evitar esta operación. Recientemente, Keatly ha preconizado la apendicestomía, que

consiste en fijar el apéndice á través de una herida de la pared abdominal, y abrirle de manera que se puedan hacer inyecciones intestinales por esta abertura. La operación no tiene los inconvenientes de la colotomía, y da excelentes resultados, permitiendo obrar con tópicos convenientes sobre tòda la longitud del colon.

La iliosigmoidestomía, que consiste en establecer un círculo pequeño en el intestino, parece á primera vista una operación muy racional, pero presenta graves inconvenientes. La parte excluída del intestino, en lugar de permanecer vacía, se distiende por materias; de donde síntomas que nécesitan un nuevo tratamiento operatorio, es necesario entonces hacer una colectomía, que es operación peligrosa.

En la colitis ulcerosa crónica y en la ulcerosa folicular, los síntomas son los de la forma mucosa; pero la diarrea es constante, y hay casi siempre sangre en las deposiciones. La forma folicular no es jamás fatal, y en muchos casos cura por tratamiento conveniente. Éste consiste en reposo en el lecho é irrigaciones del colon, primero con soluciones débiles de agua oxigenada; después con aceite de olivas. Los alimentos deben ser bastante grasos para prevenir la formación de materias duras. Las ulceraciones pueden ser tocadas con nitrato de plata ó el galvano-cauterio á través del sigmoidoscopio.

La forma solamente ulcerosa es más seria, y semeja algo á la disentería crónica, de la cual difiere por completo. A veces no existe más que una ulceración, cuyo asiento es con frecuencia el asa sigmoidea ó el colon pelviano. Los enfermos están expuestos á la peritonitis por perforación. El tratamiento es distinto, según la gravedad de los síntomas y la extensión de la ulceración. Los enfermos pueden curar por reposo en el lecho é irrigaciones del colon, sin intervenciones operatorias. Pero en muchos casos la afección persiste, las ulceraciones se multiplican, y se hace más difícil obtener buen resultado operatorio, en tanto que cuando era menor la gravedad, la apendicostomía habría permitido curar las lesiones por irrigaciones. Si esta operación no bastara aún para detener la diarrea, es necesario hacer una colotomía lumbar ó inguinal. La ileosigmoidestomía es absolutamente inútil en estos casos.

Un caso de dilatación idiopática del intestino grueso, por Em. Bureau. (*Gazette méd. de Nantes.* 18 Abril 1908.)

Se trata de un hombre de diez y nueve años, atacado de constipación desde la primera infancia y con el vientre casi siempre abultado; varias veces había tenido crisis graves de obstrucción intes-

tinal, algunas con vómitos fecaloideos. Este estado se agravó con el tiempo, al punto que Bureau se vió obligado á proponerle la entero-anastomosis. Esta fué hecha entre el colon descendente dilatado, por encima del obstáculo, y la parte superior del recto. Las consecuencias operatorias fueron sencillas, y las evacuacianes son más fáciles y menos dolorosas; el vientre no se meteoriza; pero lavativas repetidas son necesarias para obtener deposiciones. Si los resultados no mejoran suficientemente, quedará como recurso hacer la anastomosis entre la parte terminal del íleon y el recto.

Después de trazar los rasgos clínicos de la afección, Bureau da algunas indicaciones respecto á terapéutica.

El tratamiento médico debe tener por objeto hacer lo más regulares posibles las evacuaciones intestinales; los purgantes no tienen gran acción; el que parece dar mejores resultados es el aceite de ricino; las lavativas son más eficaces; es necesario que sean abundantes, repetidas y altas por medio de cánula larga. En el enfermo expuesto, sólo los enemas de agua salada daban resultado estimable.

A pesar de su utilidad, es preciso no contar demasiado con el tratamiento médico, porque fracasa con frecuencia; una cuarta parte de los enfermos ha sucumbido á pesar de él; pero conviene no abandonarle, porque el resultado de las operaciones quirúrgicas no es muy satisfactorio.

La punción no merece más que ser mencionada, porque sólo tiene fin paliativo y no es más que un expediente.

La colectomía, con establecimiento de ano contra-natural, es recurso precioso, pero sólo como operación preliminar de la intervención más radical ó cuando el estado es demasiado grave para que el enfermo pueda soportar otra operación. La colectomía se dirige exclusivamente á los casos excepcionales de tumores estercoráceos voluminosos.

La colopexia no ha dado muy buenos resultados, fuera de algunas mejorías; merece, sin embargo, ser conservada, sea como operación de un ano contranatural, enterotomía en dos tiempos, sea como complemento operatorio, para poner al abrigo de accidentes de volvulus señalados después de algunas anatomosis.

La colectomía en uno ó en dos tiempos es la operación de elección en los casos de ectasia parcial bien limitada.

La entero-anastomosis no ha dado más que resultados relativos, pero parece la única operación racional en los casos de dilatación considerable del colon.

DR. R. L. Y YAGÜE

Ginecología.

La temperatura como medio hemostático local en las hemorragias puerperales. (*Archivio italiano de Ginecología*, núm. 5. Mayo 1908.)

En un trabajo publicado por el Dr. Keim sobre el *Tratamiento de las hemorragias puerperales*, se ocupa el autor de la acción del agua fría y caliente, por lo mismo que desde hace mucho tiempo son de uso corriente en la práctica estos medios.

Las temperaturas extremas obran sobre los vasos, produciendo su constricción, pero en determinadas condiciones.

El frío ha sido empleado desde la antigüedad en aplicaciones sobre el hipogastrio, ya bajo la forma de compresas empapadas en agua fría, ya bajo la de vejigas llenas de hielo machacado, y también en paños mojados en vinagre ó en zumo de limón. Pero se aconsejaba no prolongar mucho estas aplicaciones á baja temperatura, siendo prudente suspenderlas de tiempo en tiempo para volver á ellas cuando empieza á manifestarse la reacción. Ya Jacquemier hacía estas advertencias, y Mme. Lachapelle proscribía la acción del frío en las mujeres débiles en los casos de hemorragias, así como también el sustituir en un momento el frío por el calor. Hoy casi no se hace uso más que del calor en aplicaciones locales, por lo mismo que se sabe que, después de una hemorragia, la temperatura desciende de 0°,5 á 2°, descenso debido á la disminución de combustiones internas en los tejidos por las pérdidas de sangre, lo mismo que la debilitación de la circulación.

Esta es la razón por qué está contraindicado el frío en las mujeres, ya de suyo hipotérmicas por el hecho de la hemorragia, y en las débiles y amenazadas de schock, á más de que, al cesar la acción del agente refrigerante, la contracción de los vasos y la retracción de los tejidos va seguida de una turgencia y dilatación considerables, que pueden dar de nuevo origen á la hemorragia con más intensidad.

En cambio, con el calor localmente aplicado se obtiene una vasoconstricción más marcada, á la vez que obra sobre el proceso diastático de la coagulación: pues, según ha demostrado Hayem, el grumo ó coágulo hemoblástico se produce á una temperatura que sea mayor que la del cuerpo; de aquí los efectos benéficos de las irrigaciones de agua caliente á 50° c. en las hemorragias uterinas, puesto que á la acción del contacto del agua, que altera los hematoblastos, se une la del calor.

Tiene, pues, el calor una acción vaso-constrictora y coagulante á la vez. Pero si las aplicaciones del agua caliente en irrigación intrauterina han tenido en Obstetricia grandes ventajas como recurso

poderoso contra las hemorragias puerperales, también es cierto que se ha abusado de ellas empleándolas á *roso* y *velloso*, es decir, sin discernir la oportunidad ni el fundamento de la indicación. Cierto que el agua caliente contrae el útero y detiene momentáneamente la hemorragia; pero ésta vuelve pronto, porque los vasos abiertos no son, por lo general, directamente impresionados por el agua caliente; si se repite la hemorragia, es preciso prolongar la irrigación, y de este modo se hacen verdaderas *diluciones sanguíneas*, sin otro resultado que debilitar á la puérpera y retardar la intervención eficaz, que termina definitivamente con la hemorragia.

La irrigación caliente no es, por lo común, un tratamiento racional basado en el conocimiento del origen y la causa de la pérdida sanguínea; empléase con frecuencia en los casos de inercia uterina con retención de membranas, de coágulos y aun de cotiledones placentarios, lo mismo en las hemorragias del cuerpo del útero que en las del cuello y del segmento inferior. Las irrigaciones calientes constituyen á veces un recurso peligroso, porque en manos inexpertas pueden ir seguidas de una perforación del útero, de reacción peritoneal, de la entrada de aire en los senos venosos uterinos; aun empleadas por personas habituadas á su práctica, pueden dar lugar á accidentes nerviosos reflejos, á disnea, convulsiones, síncopes y aun á la muerte repentina.

Debe, pues, recurrirse á este medio con la mayor cautela, limitando juiciosamente su empleo á aquellos casos de hemorragias puerperales, en los cuales, una vez vaciado el útero (sea placenta, membranas, coágulos, etc., lo que contenga), persiste una pérdida de sangre, cuya causa no sea explicable más que por relajación é inercia del órgano. Sólo entonces será la irrigación caliente un recurso eficaz; en otro caso, quedará reducida á la categoría de medio de espera ó complementario.

Procesos patológicos no infecciosos de los anejos uterinos y de la pelvis en la mujer, por H. Roulland. (*Revue de Gynecologie et de chirurgie abdominale.* Marzo y Abril, 1908.)

En esta tesis inaugural se ocupa el autor de las pequeñas lesiones anexiales que sufren algunas mujeres, en cuyos antecedentes personales y en cuya historia actual no se descubren ni los menores vestigios de procesos infecciosos; es decir, que sus lesiones no son debidas á ningún agente microbiano, permaneciendo oscura su patogenia.

Estas falsas anexitis tienen su causa, según el autor, en trastornos circulatorios (congestiones), acompañados de modificaciones en

la nutrición de los órganos pelvianos. Estas congestiones pueden obedecer á motivos variados, que obran sobre el aparato circulatorio y nervioso del útero y de los anejos, determinando espasmos uterinos y anexiales, que se han designado con el nombre de erectilidad de los órganos genitales femeninos. La topografía macroscópica de las terminaciones capilares de la arteria uterina, el estudio microscópico de las terminaciones arteriales en los tejidos uterinos, prueban que el útero es un órgano eminentemente eréctil. Las mismas particularidades anatómicas pueden sostenerse para los anejos, que tienen como *substratum* la continuidad de los cuernos uterinos y como vasos los del útero; de donde resulta, desde el punto de vista de la fisiología patológica, un complejo ovaro-tubo-uterino.

En cada época menstrual se produce la congestión útero-anexial. Una hipereremia anormal puede determinar, sobre todo en mujer neurópata ó dispuesta á la esclerosis, una perturbación en el acto de la ovulación. Esta *puesta ovular* viciada provoca, en el momento de la dehiscencia del óvulo, hemorragias anormales por su abundancia, de donde derivan exudados pelvianos más ó menos considerables. Las congestiones prolongadas y las esclerosis del parénquima ovárico pueden igualmente ocasionar infartos hemorrágicos, especie de pequeños aneurismas, un verdadero hematocele ovárico que puede romper la pared del ovario y dar lugar á que se formen en el peritoneo colecciones sanguíneas que, en ocasiones, lleguen hasta la llamada inundación peritoneal. Cuando los exudados son pequeños, se reabsorben; pero si son abundantes, se organizan y dejan adherencias generalmente limitados alrededor de la trompa y del ovario, fijando los órganos en posición viciosa, pegándolos unos á otros y determinando trastornos definitivos desde el punto de vista funcional, como si se tratase de exudados infecciosos.

En sus experiencias sobre las conejas, ha comprobado el autor hemorragias intraperitoneales asépticas, que luego determinan adherencias persistentes, sólidas, que ocasionan los trastornos antes indicados. La trompa puede presentar, en el momento de las reglas, pequeñas hemorragias submucosas y aun verdaderos derrames sanguíneos que, por lo común, se vierten en el peritoneo, dando lugar á idénticos procesos que los relatados; y formadas las adherencias y soldadas las franjas de la trompa, se constituye el *hematosalpinx* por retención. En cuanto al *hidrosalpinx* mecánico, cree el autor que se forma del modo siguiente:

En estado normal, las trompas encierran un exudado seroso que lubrifica la mucosa y se vierte en la cavidad peritoneal, en donde es reabsorbido. Bajo la influencia de una congestión anormal, este líquido puede aumentar considerablemente; como las franjas del pa-

bellón tubárico participan de esta congestión, aumentan de volumen y se ingurgitan, no dejando más que un orificio virtual en la parte externa de la trompa contra el cual ejerce presión el exudado, que se va acumulando poco á poco, falto de salida, hasta constituir un hidrosalpinx.

El Dr. Roulland ha podido reproducir experimentalmente en las conejas el hidrosalpinx ligando las trompas al nivel del pabellón, pues la ligadura al nivel del cuerno uterino no determinaba ningún cambio en el volúmen ni en la histología de la trompa. La inclusión de un segmento de trompa entre dos ligaduras ha provocado un hidrosalpinx, cuyo máximo volúmen se encontraba del lado del pabellón.

En la ovaritis esclero-quística ocurren los trastornos también por el hecho de las mismas congestiones repetidas, unas de causa local (desviaciones uterinas, enfriamientos, excesos en el coito, varicocele ovárico, etc.); otras de causa general (artritismo, neuropatías, etc.), que favorecen las alteraciones nutritivas y circulatorias, precursoras de los microquistes ováricos y de las esclerosis. Los síntomas de estas falsas anexitis son poco ruidosos: dolores intermitentes y no muy vivos, hiper ó hipo-actividad ováricas, verdadera ataxia ovárica. El tratamiento tiene que ser general y local: régimen dietético apropiado á la causa, medios descongestionantes generales y locales, y por último, las operaciones conservadoras necesarias cuando el tratamiento higiénico y farmacológico no haya dado resultado y los sufrimientos persistan.

Dismenorrea membranosa, por Hitshmann y Adler. (*Monats. für Geburtr. u. Gynäkols*, t. XXVII.)

Los autores de este trabajo rechazan la idea, admitida por muchos ginecólogos, de que la dismenorrea membranosa ó endometritis exfoliativa tenga relación con la endometritis intersticial. Para ellos, la mucosa uterina, antes y durante el período menstrual, muestra una diferenciación, que depende de la regla, según la cual se aprecian dos capas distintas: una superficial, compacta, y otra profunda, esponjosa. En esto estriba la condición preliminar para el desprendimiento de la capa superficial, á la manera que ocurre en el desprendimiento de la placenta, condición independiente de la existencia de todo proceso inflamatorio, pero relacionada con el grado de diferenciación y con la actividad de las contracciones uterinas, solicitadas por un obstáculo ú obstrucción en el conducto ú orificios cervicales que se oponga á la salida de la sangre menstrual.

La dismenorrea membranosa es, por lo tanto, una forma de menstruación, en la cual la capa superficial de la mucosa queda se-

parada en mayores porciones que las pequeñas que de ordinario es dado observar, llegando á veces á desprenderse totalmente.

En vista de ello, deberá practicarse en estos casos, de un modo sistemático, la dilatación del orificio externo antes de la regla, y como recurso paliativo, solamente el raspado.

Por nuestra parte, hemos visto en algunos casos, que puede ser cierta la opinión de los autores de este trabajo, pues la dismenorrea membranosa no ha desaparecido, á pesar de la legración, hasta que se ha modificado el estado congestivo del útero en relación casi siempre con una disposición artrítica, que ha sido preciso tratar durante largo tiempo con el régimen apropiado y las aguas alcalinas.

DR. GUTIÉRREZ.

Neurología y Electroterapia.

Sobre la albuminuria farádica, por los Doctores E. A. Gebrovski y Z. M. Guilevitch. (*Archives d'Electricité médicale*, 25 Aout 1907).

En trabajos realizados en el laboratorio clínico del profesor Wagner en Kieff, los autores han observado la aparición de la albúmina ó el aumento de ella en la orina á consecuencia del paso de la corriente inducida á través de la región renal. Este curioso fenómeno lo han designado con el nombre de *albuminuria farádica*. La faradización del riñón se hacía de la manera siguiente: un electrodo de 10 centímetros cuadrados era colocado sobre la piel en la región dorso-renal, de manera que su borde superior tocase la décima costilla; el otro electrodo redondo, de 10 centímetros de diámetro, se situaba sobre la pared abdominal en el borde externo del músculo recto y en la dirección del riñón. La intensidad de la corriente, subordinada á la impresionabilidad individual, no pasaba de un punto en que, siendo perfectamente percibida por el sujeto, no provocase dolores ni contracción de los músculos abdominales. La electrización de cada riñón no duraba más de quince minutos. En la mayor parte de los experimentos, la faradización provocaba la presentación de de albúmina en la orina de los sujetos sanos, ó bien un aumento considerable de la cantidad ya existente en los individuos atacados de una afección renal. El depósito en la orina era igualmente modificado, después de la electrización, bajo el punto de vista cualitativo.

El valerianato de amoníaco en el corea, por el Dr. Mossé. (*Le Journal Médical Francaise*. 1.º Septiembre 1907.)

El autor ha referido en la *Société de Médécine de Toulouse* la observación de un caso de corea, en el que obtuvo un excelente resultado con el valerianato de amoníaco, de lo cual deduce que este me-

dicamento debe ser preferido á todos los demás en casos análogos, sacándolo así del olvido en que hace tiempo cayó injustamente, después de haber gozado de gran prestigio en esta enfermedad.

Se trataba de una joven de quince años, que ya á los ocho había sufrido un ataque de corea, consecutivo á la impresión producida por la mordedura de un perro. Curó al poco tiempo del ataque, pero desde entonces venía padeciendo de temblores generalizados. Recientemente, y después de un disgusto doméstico, abandonó su casa por espacio de veinticuatro horas, siendo conducida de nuevo é ella por su familia; pero en este período de tiempo había perdido por completo la memoria de todo lo ocurrido, y se hallaba agitada de movimientos coreicos generalizados y muy intensos. En este estado ingresó en el hospital, donde Mr. Mossé le prescribió baños templados y la antipirina, á la dosis de 2 gramos al día. Después intentó la sugestión, y amenazó á la enferma con el aislamiento. Todos estos medios resultaron casi por completo infructuosos, y después de un nuevo ensayo, sin resultado, del bromuro y del arsénico, teniendo en cuenta el autor las circunstancias etiológicas y el nerviosismo de la enferma, recurrió, en fin, al valerianato de amoníaco, administrado á la dosis de tres cucharadas al día, y además á las duchas. Una mejoría rápidamente progresiva siguió á esta medicación, mejoría que terminó en breve por una curación completa y sin recaídas. De aquí, concluye Mr. Mossé, que en los coreas que se presentan en la época de la pubertad en las niñas, y cuando el nervosismo parece desempeñar un papel más importante que el reumatismo en la génesis del padecimiento, el valerianato de amoníaco se halla indicado con preferencia á todos los demás medios.

Claro se ve que en el caso citado debía tratarse de un corea de naturaleza histérica, á pesar de que no se menciona la existencia de otros estigmas que tal vez existieran, y por lo tanto, no deja de ser explicable la beneficiosa influencia del valerianato de amoníaco y la rápida curación del corea, en favor de la cual no debe olvidarse la poderosa influencia que pudo ejercer el tratamiento por las duchas, que se empleó al mismo tiempo que el valerianato.

Tabes con atrofia muscular de los miembros superiores,
por los Dres. F. Raimond y H. Rendu. (*Presse Méd.*, 6 Juillet 1907.)

Los autores refieren la observación de una mujer de cincuenta y un años, atacada desde hace cinco de dolores fulgurantes, y que presentó, al año siguiente de esta invasión, una hemiplegia que se curó en tres meses. En 1905 amiotrofia de los miembros superiores de marcha lenta y progresiva. La tabes era evidente; el examen

eléctrico demostró la D. R. en los músculos de las eminencias tenar é hipotenar y en la mayoría de los del antebrazo, principalmente en los extensores. Los observadores no consideran esta amiotrofia bajo la dependencia directa de la tabes, sino al parecer ocasionada por la asociación á las lesiones tabéticas de una meningo-mielitis crónica, confirmada por la punción lumbar y verosímilmente de naturaleza sifilítica.

DR. E. VILCHES

Vias urinarias.

Mensurador intravesical de la próstata, por el Dr. F. Cathelin. (París, Febrero 1908.)

Medir con anterioridad el lóbulo medio de la próstata es de importancia, puesto que de su volumen depende la vía que hay que seguir (suprapubiana ó perineal) para la prostatectomía. Hasta ahora no había ningún procedimiento que permitiese hacer esta medida de un modo preciso; únicamente el tacto combinado y la cistoscopia eran los recursos á emplear.

Descripción del aparato.—Corresponde el instrumento al número 17 de la escala de Charrière, y el pico acodado á 75° (fig. 1.ª). Se compone esencialmente de dos tubos, de los que uno hueco permite el paso de otro macizo, y correspondiendo cada uno á una mitad del pico; el vástago interior obedece al volante del extremo extravesical, provisto de un índice y una corredera que lo mantiene fijo en posición de reposo; correspondiendo á la parte inferior del extremo intravesical del tubo exterior, existe una hendidura de 5 centímetros de larga que permite la marcha hacia atras del pico del tubo interior; dicho tubo, entre el volante y el mango, está graduado de 0 á 5 centímetros; por último, el tornillo que hay en el extremo permite desarmar el instrumento para facilitar la limpieza.

Técnica.—Previo lavado de vejiga y llena de líquido esta cavidad (fig. 2.ª).

Primer tiempo. Introducción del instrumento, siguiendo las reglas del cateterismo con instrumentos metálicos.

Segundo tiempo. Hacia la parte media de la vejiga se vuelve el pico hacia abajo.

Tercer tiempo. El operador tira hacia sí del instrumento hasta que nota una resistencia, que es la cara posterior del lóbulo medio.

Cuarto tiempo. Se desdobla el pico accionando el volante.

Quinto tiempo. Tírese hacia fuera del volante; el pico desdoblado desliza en la ranura hasta que se percibe resistencia: es la cara posterior del pubis.

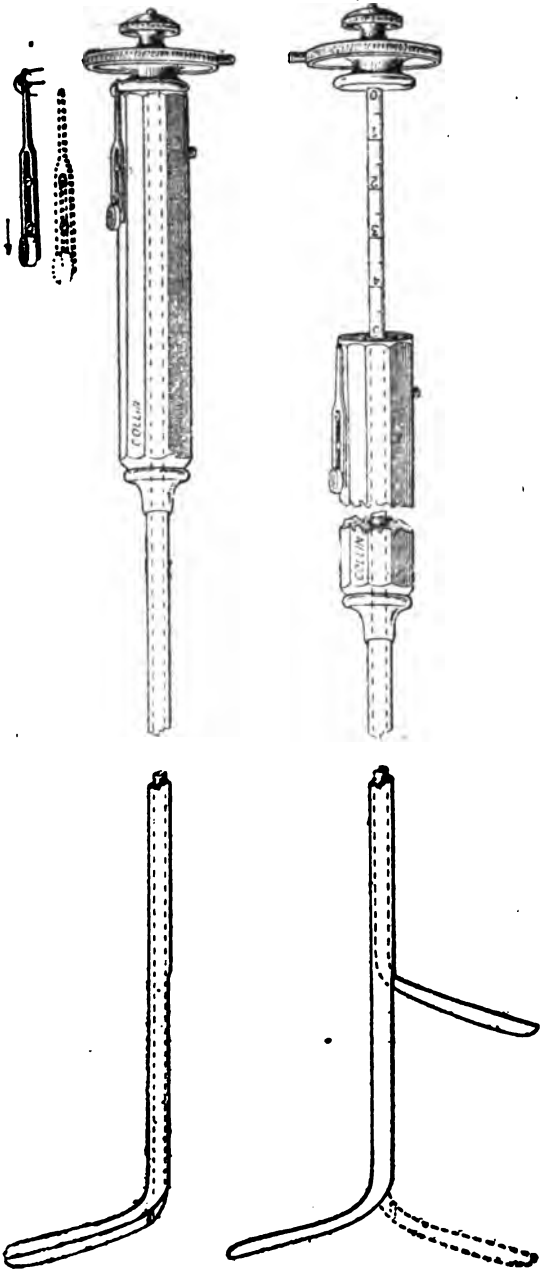


FIG. 1.ª—Menesurador intravesical de la próstata de Cathelin.

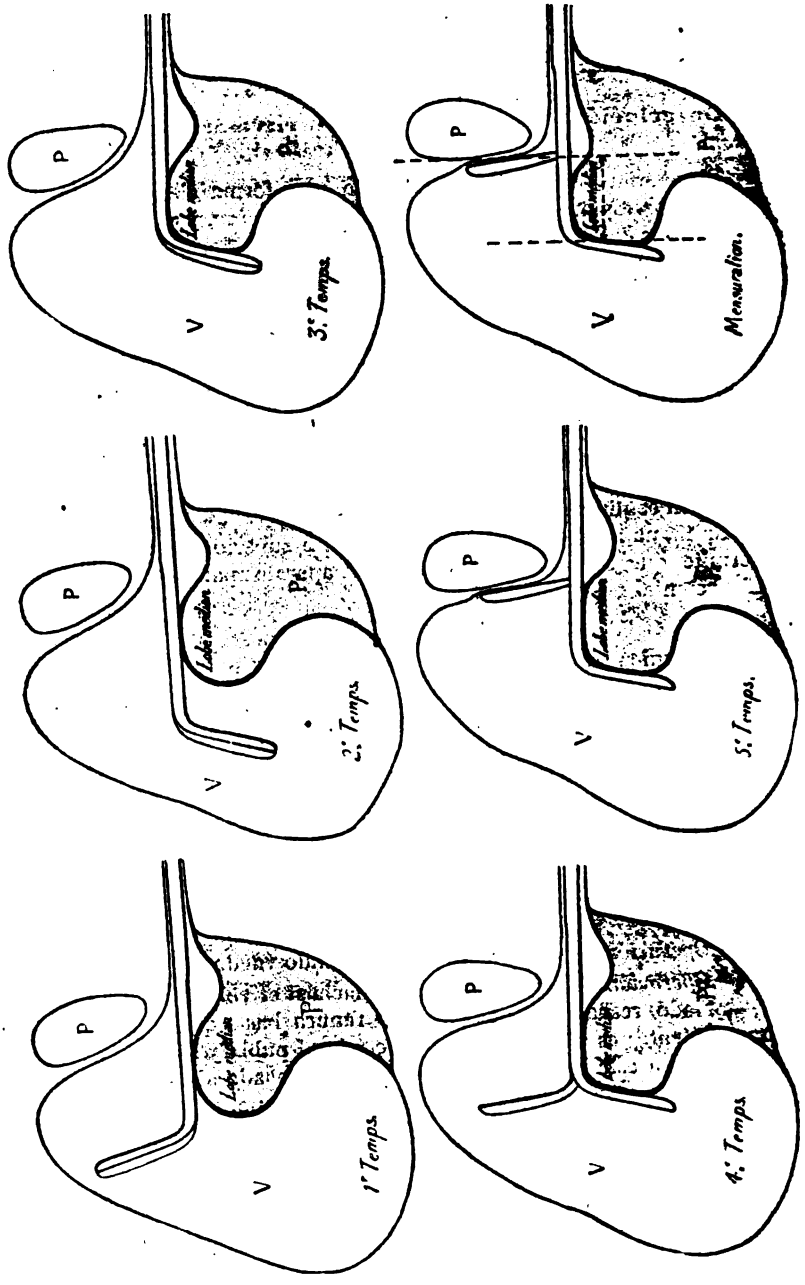


FIG. 2.ª—Técnica de la inmuración intravesical del lóbulo medio de la próstata.

La porción comprendida entre los dos picos corresponde exáctamente al volumen del lóbulo medio; léase sobre el tallo exterior, y se tendrá en centímetros dicho volumen.

Desplazando el instrumento 30° á derecha ó izquierda, se puede apreciar el relieve intravesical de los lóbulos laterales.

El autor dice que no puede haber causas de error por las siguientes razones: 1.ª En vejigas de mujer, de joven ó de antiguos prostatectomizados por vía suprapubiana, el pico del instrumento no se desplaca; cuando esto ocurre es que hay algún obstáculo, y como en la línea y hacia abajo no puede ser otro que el lóbulo medio de la próstata ó una barra prostática transversal, no puede haber duda. 2.ª En el mismo enfermo, repetido el examen varias veces, siempre se obtiene el mismo resultado.

Falso prostatismo de origen alcohólico, por el Dr. Rochet. (*Ann. des mal. des organ. génito-urinaires*. París, Febrero 1908.)

Es frecuente encontrar enfermos en edad media de la vida con todos los accidentes propios de los verdaderos prostáticos: disuria primero, retención más ó menos completa, con ó sin distensión vesical. Las causas de este prostatismo son variables: hay enfermos en los que la responsabilidad corresponde á afección cerebral ó medular; otras veces no se encuentra causa precisa, afirmando Rochet (*Lyon Médical*, 2 Junio 1907) que en los últimos es frecuentísima la noción de alcoholismo crónico (bebedores de aperitivos, vino ó cerveza).

El primer trastorno del alcoholismo en el aparato urinario parece localizarse en el músculo vesical, consistiendo las lesiones en esclerosis intersticial de la túnica muscular, con invasión fibro-lipomatosa. He aquí la evolución clínica: al cabo de más ó menos tiempo, el enfermo se queja de trastornos en la micción, chorro débil, tardo para empezar, intermitente, sobre todo en la primera micción de la mañana ó cuando han pasado muchas horas de una á otra micción; por la noche tiene necesidad de orinar dos ó tres veces, con sensación de plenitud exagerada de la vejiga. El examen del aparato urinario demuestra la ausencia de estrecheces, la próstata normal; la cistoscopia no descubre ninguna deformación del orificio uretro-vesical por relieve del lóbulo medio ó los laterales, y, hecho interesante, la vejiga apenas reacciona á la exploración, no se contrae, está como ligeramente anestesiada; hágase orinar al enfermo y se observará un chorro débil, siendo preciso ejercer presión sobre el hipogastrio para vaciar por completo; hay anestesia y paresia vesical.

Más tarde aparece la retención incompleta, aumenta la polaquiuria nocturna al mismo tiempo que se presentan fenómenos gastro-intestinales; la orina es un poco turbia y da el disco característico de la albúmina; la poliuria existente demuestra, ó una esclerosis renal, ó una nefritis alcohólica concomitante.

En un período aun más avanzado hay retención con distensión; aumentan los trastornos digestivos y los enfermos toman tinte amarillento, con vértigos y pérdida de fuerzas, complicando la situación accidentes febriles. La aparición de dolores vesicales y renales completan el cuadro de un prostático senil infectado.

El tratamiento consistirá, no tan sólo en luchar contra la intoxicación alcohólica, sino facilitar la evacuación vesical; el cateterismo responde á esta última indicación; al principio, dilátese la uretra con gruesos Beniqués y lávese la vejiga con disolución de nitrato de plata al 1 por 500. Estas maniobras tienen por objeto despertar la adormecida contractilidad vesical; más tarde, uno ó dos sondajes diarios.

Se comprende perfectamente que la prostatectomía en estos casos no da absolutamente ningún resultado; esta intervención queda reservada para los verdaderos prostáticos.

DR. CARLOS NEGRETE

TRABAJOS DE LABORATORIO

Y SUS APLICACIONES CLÍNICAS

Concepto actual sobre los anticuerpos.—Sus relaciones con la inmunidad, por M. M. Foix y Mallein. (*Conclusión.*)

OPSONINAS

En tanto vemos que precipitación y bacteriolisis aparecen á primera vista como propiedades del suero, la opsonización necesita la intervención del glóbulo blanco para verificarse. Se llaman opsoninas las substancias disueltas en el suero que tienen la propiedad de favorecer la acción fagocitaria de los leucocitos.

Denys y Leclef fueron los primeros que descubrieron su existencia. El suero de conejos inmunizados contra el estreptococo, añadido á una mezcla de estreptococos y de glóbulos blancos, determina una fagocitosis intensa que es mucho mayor á la que determina en las mismas condiciones un suero normal. Posee, pues, la propiedad de aumentar el poder fagocitario de los glóbulos blancos, y como es poco bactericida, parece que la inmunidad la debe, pues, no al suero

solamente ó á los fagocitos, sino á resulta de la acción combinada del suero con los fagocitos.

Estas substancias fueron halladas por Metchnikoff para el vibrión colérico, por Swatchenko y Melkich para el espirillo de la fiebre recurrente. Estos autores, después de haber producido en las cavias, normales y vacunadas, un aflujo leucocitario merced á la inyección intraperitoneal de caldo estéril, comprobaron que los microbios introducidos secundariamente eran fagocitados de modo intenso y rápido en las cavias vacunadas, y de una manera débil y lenta en las cavias normales. Dieron á esas substancias el nombre de *estimulinas*, y Swatchenko creyó que las estimulinas y los fijadores eran una misma cosa porque encontró las estimulinas en los animales preparados por inyecciones de glóbulos rojos.

Toda la teoría de la opsonización está contenida en esta proposición y en esas experiencias.

Gracias á la técnica de Wright y Douglars, se entra en el período de las realizaciones prácticas de este método, permitiendo medir el poder opsónico de un suero. En una pipeta especial mezclan: 1.°, leucocitos extraídos en la sangre del enfermo; 2.°, una emulsión microbiana; 3.°, suero opsonizador ó como tal supuesto. En una experiencia de comprobación, el suero del enfermo es sustituído por suero normal. De este modo se comparan el poder opsónico de un suero normal, y su proporción ó razón nos da el *índice opsónico*. Ese poder opsonizador está representado por el número de bacterias que son fagocitadas por término medio en un leucocito. Supongamos que después de una opsonización por un inmunisuero encontramos que para 300 leucocitos hay 600 microbios fagocitados; el poder opsonizador será igual á 2. Si en las mismas condiciones el suero normal no da más que 0,66, el índice opsónico será igual á 3.

Lo mismo que para los otros anticuerpos, encontramos aquí tres especies de opsoninas: naturales, artificiales y patológicas. El poder opsonizador de los sueros normales ha sido descubierto en 1904 por Wright y Douglars.

En realidad, las investigaciones repetidas del poder opsonizador permite sobre todo seguir en un mismo enfermo los progresos de la reacción de defensa (Wright y Douglars). Permite también comprobar la marcha de una afección y el modo de acción de un tratamiento. Wright y Douglars han podido por este método inspeccionar y regularizar la acción de su vacuna antiestreptocócica y la de la tuberculina. T. R. Chantemesse lo ha aplicado para con su suero antitífico. Levaditi, Hetkon, Ruediger tratan en sus trabajos de establecer un límite bien marcado entre las opsoninas naturales y las artificiales.

Para ellos las opsoninas normales se asemejarían á la alexina de Bordet; como ella, la opsonina es termolábil, inabsorbible por los cuerpos bacterianos no específicos, y con ella se podría verificar el fenómeno de desviación del complemento (Neufeld y Hune).

Las opsoninas específicas, por el contrario, se asemejarían á las sencibilisatrices de Bordet; como ellas, serían específicas y termoestables. No se las puede fijar más que por la especie microbiana contra quien hayan sido dirigidas, y se fijan sobre el microbio y no sobre los fagocitos (Levaditi é Inmann, Levaditi y Kösler, Neufeld y Rimpau).

Levaditi é Inmann admiten la identidad de las opsoninas artificiales y de las sencibilisatrices; Nenfeld y Hune creen lo contrario. Como lo fueron anteriormente Denis y Leclef, á los anteriores autores les ha sorprendido la ausencia de paralelismo entre el poder opsónico de un suero y el poder bacteriolizador, habiendo quizás en esto una especie de bacteriotropismo positivo completamente ajeno á la bacteriolisis.

NATURALEZA Y ORIGEN DE LOS ANTICUERPOS

Para Bütchner, Pfeiffer, etc., la alexina es *in vivo* é *in vitro* una propiedad del suero y de los humores. Por ella se explica el poder bactericida del suero, que ya vieron Van Foder, Nuttal y Flügge. Pero desde aquella época, Salembéni demuestra que ni las aglutininas ni las alexinas se encuentran en estado libre en la sangre que circula, y que no se producen *in vivo* mas que en ciertas circunstancias particulares, tales como la exudación peritoneal en el fenómeno de Pfeiffer. Apoyándose en estas experiencias, Metchnikoff admite que la alexina representa el fermento normal diastásico, gracias al cual los leucocitos fagocitan los microbios; forma parte inherente del cuerpo leucocitario, y si se le encuentra fuera de él, es que ha habido leucolisis. Denys, Havet y Bütchner habían comprobado el poder extremadamente bactericida de los extractos de glóbulos blancos. La alexina aparece, pues, como un derivado inmediato del leucocito, de quien forma parte *in vivo*, y de donde emana *in vitro*. Metchnikoff, apurando aún más el análisis, admitió dos especies de citasas: una microcitasa, dependiente de los polinucleares, y una macrocitasa, que lo son de los mononucleares grandes.

Gengou, provocando artificialmente exudados mononucleares y exudados plurinucleares, demostró la dualidad de las alexinas, la una microcitasa bacteriolizadora, la otra macrocitasa citolizadora.

La naturaleza y las relaciones de la serie de los anticuerpos es-

pecíficos es un asunto para elucidar. ¿Se trata de una sola sustancia con modalidades múltiples, ó se trata de varias sustancias aislables? Levaditi, Neufeld y Hune admiten que la opsonina normal no es más que un aspecto de la alexina. Levaditi admite también que las opsoninas específicas no son más que un aspecto diferente de las sensibilisatrices, es decir, de las bacteriolisinas.

Las relaciones que unen las precipitinas con las aglutininas son también muy evidentes. Para Nicolle, la sustancia aglutinada en los cultivos microbianos no es más que la sustancia precipitada en los extractos filtrados de esos cultivos mismos.

Propiedades físicas y químicas evidentes, tienden por fin, á asemejar las sustancias que necesitan la intervención de la alexina con las sustancias que obran aisladamente (aglutininas, precipitinas). Todas disminuyen á 60 ó 70°; el sulfato de Mg. las precipitan, y el calor á 100° las destruyen. Un suero determinado, que es fuertemente opsonizador, es poco bactericida, y otro, fuertemente bactericida, es poco aglutinante, ó viceversa.

El origen de los anticuerpos está mejor estudiado. Pfeiffer y y Marx, y más tarde Wassermann, Levaditi, establecieron que se formaban en el bazo, medula ósea y ganglios, excluyendo como origen á todos los órganos y aun á los leucocitos mismos. Las precipitinas y aglutininas tienen su origen en los órganos linfoideos, según Yatta y Rath; Kraüx y Schiffmann creen que es en los leucocitos de la sangre. En todo caso, su origen leucocitario parece ser evidente, como lo han dicho Kraüx y Levaditi, puesto que las han encontrado en el epiplón, después de inyecciones provocadoras de aflujo leucocitario.

TEORÍAS SOBRE LA INMUNIDAD

El conjunto de esas nociones ha permitido profundizar en el mecanismo de la inmunidad.

Gracias á Metchnikoff, se puso en claro la importancia del papel que desempeñan los fagocitos. No expondremos aquí su teoría, tan conocida de la inmunidad fagocitaria.

Desde 1887, sin embargo, Fodor, Nuttal, y más tarde Pfeiffer y Butchner, volvían á aceptar la antigua teoría humoral, basándose en argumentos nuevos que estaban basados en el estudio de los fenómenos de bacteriolisis. Hemos visto cómo hechos más recientes tienden á atribuir nuevamente el papel más importante á los leucocitos. Es preciso, sin embargo, tener cuenta de la teoría tan especial de Ehrlich, que se relaciona en su concepción más general de la molécula viva.

Para Ehrlich, en efecto, toda molécula viva es comparable más

complejamente aún á la agrupación de ciertas moléculas químicas, á la del benzeno, por ejemplo, que contiene un núcleo central y varias valencias laterales, algunas no saturadas; las valencias no saturadas de cadenas laterales constituyen en la molécula viva lo que Ehrlich llama *receptores*.

Por otra parte, toda antígena, una toxina, por ejemplo, presenta dos elementos: uno toxóforo, que es el elemento tóxico, y posee una afinidad especial para los receptores libres de cadenas laterales. Esa afinidad especial es, desde luego, variable, según la toxina y según la molécula receptriz. La acción de la antígena consistirá, pues, ante todo, en la fijación por el elemento haptóforo del elemento toxóforo sobre la molécula viva. Y ó esa molécula viva va á debilitarse ó morir, ó defenderse para la creación de nuevos receptores libres necesarios á su funcionamiento.

En fin, como ocurre en todas las reacciones orgánicas, la defensa traspasa la meta; los receptores producidos en demasiado número se emancipan y se esparcen en los humores. Son ellos quienes por su presencia saturan las antígenas, y esta saturación rápida é intensa constituye para Ehrlich la esencia de la inmunidad.

Ehrlich admite tres clases de receptores:

Los de *primer orden*, que puestos en libertad constituyen las antitoxinas y tienen una sola agrupación haptófora.

Los de *segundo orden*, representadas por las aglutininas y precipitinas, y tienen dos agrupaciones: una haptófora y otra zimotóxica-saturada.

Los receptores de *tercer orden* están representados por la sensibilisatriz; tienen dos grupos haptóforos, uno capaz de fijarse en el receptor de la alesina, el otro en el de la célula específica; de donde su denominación de amboceptor.

Levaditi asimila la opsonina normal con el complemento, la opsonina artificial con los amboceptores; las opsoninas se transformarían, pues, en receptores de tercer orden.

Cualquiera que sea el valor de la teoría de Ehrlich, la inmunidad aparece ser debida hoy día á dos elementos: un elemento humoral, un elemento fagacitario.

Pero la acción de los glóbulos blancos parece ser la mayor, sobre todo si se tiene en cuenta que cada día se afirma más la creencia de que ellos son el origen de los agentes activos del *elemento* humoral.

M. Spreáfico

Closed
ST.